Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Sozialpsychiatrische Befunde nach überstandenem Alkoholdelir

Eine katamnestische Untersuchung von 34 Delirium-tremens-Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen im Zeitraum 1. 1. 1955 - 31. 12. 1960

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Günter Köhnlein
aus Schwäbisch Gmünd

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547611_0045

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Sozialpsychiatrische Befunde nach überstandenem Alkoholdelir

Eine katamnestische Untersuchung von 34 Delirium-tremens-Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen im Zeitraum 1. 1. 1955 - 31. 12. 1960

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Günter Köhnlein
aus Schwäbisch Gmünd

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. W. Graumann

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. W. Mende
(Professor Dr. W. Schulte)

2. Berichterstatter: Professor Dr. J. Hirschmann

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG • Tübingen

Meiner Mutter

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung 1

II. Eigene Untersuchungen 3

Methodologisches 3

Befunde 5

A1) Katamnestische Daten bezüglich des Delirium tremens 5

a) Häufigkeitsverteilung und Letalität 5

b) Altersverteilung bei der Ersterkrankung 10

c) Delir-Rezidive 11

d) Art und Schweregrad des Deliriums 12

e) Dauer des Alkoholkonsums 13

f) Therapie 15

2) Katamnestische Daten bezüglich des chronischen Alkoholmißbrauchs 18

a) Schädel- und Hirntraumen, Magenanamnese und Alkoholintoleranz 18

b) Trinkmotive 20

c) Abstinenz, trinkfreies Intervall und Rückfälligkeit 22

d) Einige Alkoholfolgeschäden in der Katamnese 28

e) Tod und Todesursache 29

B Biographien 31

C Analyse der Biographien 49

a) Familienanamnese 49

b) Geburt und Geschwisterreihe 49

c) Kindheit und Familie 50

d) Schulzeit 52

e) Berufsausbildung und Beruf 53

f) Ehe 65

g) Kinder 74

h) Sonstiger sozialer Bereich 76

Diskussion 82

III. Zusammenfassung 92

IV. Literaturverzeichnis 102

Einleitung

Die immer größer werdende Zahl von Delirium tremens-Fällen unter den Klinik-Aufnahmen spiegelt die Zunahme des chronischen Alkoholismus wieder. Dieser stellt ein bedeutendes sozialmedizinisches Problem dar und ist in allen sozialen Schichten anzutreffen, also keineswegs beschränkt auf den "Elendsalkoholismus", der in der älteren Psychiatrie ganz im Vordergrund stand. (WIESER führt dies auf eine Überrepräsentation der niederen sozialen Schichten zurück, aus denen sich das Patientengut der Heil- und Pflegeanstalten und Universitätskliniken früher vorwiegend zusammensetzte (1o5)).

Der "Elendsalkoholismus" hat sich zum "Wohlstands- und Luxusalkoholismus" gewandelt (16). Die Entwicklung der Persönlichkeit hält oft nicht Schritt mit den durch das steigende Einkommen und die vermehrte Freizeit möglich gewordenen neuen Formen in der Lebensführung. Die Gefahren des Genußmittelkonsums liegen vor allem in den Grenzüberschreitungen, die von psychisch Labilen, von Neurotikern, von abnorm Strukturierten und von Heranwachsenden besonders leicht vorgenommen werden (54).

Die Beziehungen zwischen der Gesellschaft und dem Alkoholismus sind wechselseitig. Soziale Faktoren wie Trinksitten und -gewohnheit, die Verführung durch Reklame, Störungsherde im engeren oder weiteren sozialen Umfeld sowie die berufliche Exposition bzw. "Notwendigkeit", sind an seinem Entstehen beteiligt und unterhalten ihn.

Umgekehrt wirkt sich der Alkoholismus auf die sozialen Substrukturen aus, auf Ehe und Familie, Nachbarschaft und Freundschaft; er erschwert oder verhindert die Integration des Patienten im beruflichen Bereich oder in größeren sozialen Gruppen, wie in Vereinen, in kommunalen oder anderen Verbänden.

Die sozialen Bedingtheiten und Folgen des chronischen Alkoholismus haben vor allem BACON, JACKSON, v.KEYSERLINGK, STRAUS und WIESER beschrieben. WIESER (1o3, 1o6) analysierte die sozialen Interaktionen in Primär- und Sekundärgruppen (zeremonielles, solidarisches und individuelles Freundschaftsverhalten) und ihre Wechselbeziehungen zum Alkoholismus. Unter dem Stress der Erkrankung eines Familienmitgliedes kommt es zu einem soziologischen Strukturwandel, der hier kurz skizziert sei: Auf eine initiale Orientierungsphase mit normativem Druck auf den Erkrankten und einem Verhalten der Gruppenmitglieder nach dem Prinzip von "trial and error" folgt die Belastungs- und Kompensationsphase mit ihren Ausgleichsversuchen bei vorerst noch erhaltener ursprünglicher sozialer Struktur. In der Anomiephase vollzieht sich die soziale Desintegration. Gegebenenfalls schließt sich in der restruktiven Phase eine soziale Defektheilung der Gruppe mit neuer Rollenverteilung und Rangordnung an, und ein neues Gleichgewicht bildet sich aus. Der Prozeß kann auf jeder Stufe zum Stillstand kommen.

Ein Hauptanliegen dieser Arbeit ist es, die Beziehungen zwischen Alkoholismus, Biographie und sozialem Umfeld der Alkoholkranken zu untersuchen. Insbesondere werden die sozialen Befunde, das Ausmaß der sozialen Integration oder Desintegration nach überstandenem Delirium tremens aufgezeigt. Auch Ergebnisse aus der Untersuchung, die über diese Fragestellung hinausgehen, werden mitgeteilt.

Eigene Untersuchungen

Methodologisches.

Die Untersuchungsreihe befaßt sich mit 34 Patienten, die vom 1.1.1955 bis 31.12.1960 wegen eines Delirium tremens ein- oder mehrmals in die Universitätsnervenklinik Tübingen aufgenommen wurden. Zwischen Entlassung und Nachuntersuchung liegen mindestens 5 1/2 Jahre.

Wichtigste Informationsquelle ist jeweils ein mehrstündiges persönliches Interview mit dem früheren Patienten, oder, falls dieser verstorben ist, mit Familienangehörigen (15 von 34 Fällen). Zwei Patienten waren zu einer längeren Aussprache nicht bereit, sie "wollten auf keinen Fall mehr an die Dinge erinnert werden, die mit der Nervenklinik zusammenhängen", so daß die Katamnese lückenhaft bleiben mußte; ein weiterer Patient war zur Zeit der Untersuchung im Delirium tremens.

Wir benachrichtigten die Patienten schriftlich und suchten sie oder ihre Angehörigen auf. So konnte das Bild der häuslichen Verhältnisse in die Untersuchung mit einbezogen werden, ein Vorteil bei den im allgemeinen unzuverlässigen Angaben der Trinker. Nach Möglichkeit wurden die Patienten und ihre Ehefrauen getrennt gehört, denn die letzteren fühlten sich oft in Gegenwart des Mannes gehemmt.

Folgendes Beispiel mag den Vorzug veranschaulichen, den das Interview in der häuslichen Umgebung gegenüber einer "Vorladung" in die Klinik bietet: Ein 61jähriger früherer Patient aus der ländlichen Umgebung Tübingens läßt sich auch durch Zureden der Familie nicht davon abhalten, am Tag des angekündigten Besuchs in die Klinik zu fahren.

Er ist ein bis zwei Tage nüchtern geblieben und bietet nun, in seinem besten Anzug, das Bild eines ehrbaren Rentners, gibt auch an, recht wenig zu trinken und wehrt sich energisch dagegen, anschließend nach Hause gefahren zu werden; dort schildert dann die Ehefrau dem Referenten, daß ihr Mann zu jeder Tageszeit in der Wirtschaft anzutreffen sei und die Rente fast vollständig in Alkoholika umsetze ...

Im übrigen schien uns, die Patienten zu Hause aufzusuchen, der einzig erfolgversprechende Weg zu sein, sie vollständig zu erfassen.

Die persönliche Unterredung mit den Hausärzten - gegebenenfalls schriftliche Anfragen -, Rückfragen bei den Gesundheitsämtern und Auswertung des dortigen Materials, der Krankenblätter anderer Kliniken und Anstalten, ergaben weitere Informationen.

Von den ursprünglich 56 Delirium tremens - Patienten für den Zeitraum 1955 bis 1960 verbat sich ein Patient (Arzt) jegliche Erwähnung; 8 Patienten starben im Delirium; von 13 Patienten waren keine Unterlagen vorhanden, die Diagnose kann deshalb nicht als völlig gesichert angesehen werden.

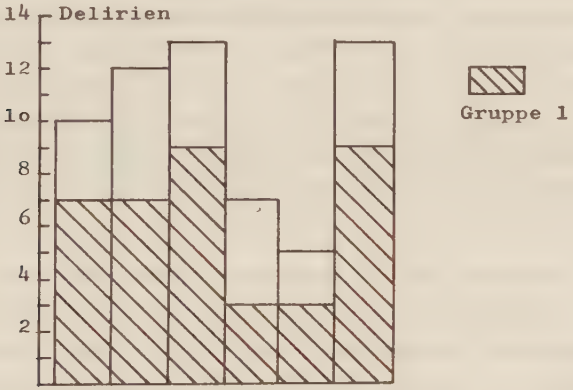
Die Gruppe der übrigen 34 Patienten ist Gegenstand der katamnestischen Erhebung. Von ihnen waren 15 (44.1 %) zum Zeitpunkt der Untersuchung verstorben, die übrigen 19 verteilen sich folgendermaßen auf Altersgruppen:

Alter z.Zeitp. d.Untersuchung	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	
Zahl d. Pat.	1	1	1	4	2	5	3	2	
Gesamtzahl									19

Befunde.

A 1) Katamnestische Daten bezüglich des Delirium tremens.

a) Häufigkeitsverteilung und Letalität: Das erste Schaubild zeigt, wie sich die Delir-Erkrankungen in der Universitäts-Nervenklinik auf die Jahre 1955 bis 1960 verteilen; Gruppe 1 entspricht den 34 Patienten der Katamnesegruppe, Gruppe 2 den 22 restlichen Patienten (s.o.), beide zusammen bilden eine ursprüngliche Gruppe von 56 Patienten (s.o.):



Zahl d. Delirien in	1955	.56	.57.	.58	.59	.60	Ges.zahl d. Del.	Zahl d. Pat.
Gruppe 1	7	7	9	3	3	9	38	34
Gruppe 2	3	5	4	4	2	4	22	22
Gruppe 1+2	10	12	13	7	5	13	60	56

58.3 % der Gesamt-Delirzahl entfallen auf die ersten, 41.7 % auf die folgenden 3 Jahre (Gruppe 1 + 2).

Im Verlauf eines ersten Deliriums verstarben aus Gruppe 2 acht Patienten in der Universitätsnervenklinik (UNkl), dabei kann in einem Fall Diagnose und Todesursache nicht als völlig gesichert angesehen werden.

	1955	.56	.57	.58	.59	.60	.61	.62	.63	Ges.
Pat.Gruppe 2	1	3	2	1	-	1	-	-	-	8

Im Verlauf des ersten, zweiten oder dritten Delirrezidivs verstarben aus Gruppe 1 drei Patienten im Katamnesezeitraum, 2 davon außerhalb der UNkl.:

										Ges.
Pat.Gruppe 1	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3
Rezidiv	-	-	-	-	-	2.	-	1.	3.	

Von 60 Delirien bei 56 Patienten verliefen in der UNkl. 9 letal, das entspricht einer Letalität von 15 %.

Zum Vergleich einige Werte aus der Literatur: SCHEID und HUHN (77) berichteten 1958 über eine Letalitätsrate von 13 %, HOFF (27) gab 1954 15 bis 20 % an, BÜHRER (8) 1964 8.3 %. JACOBSEN (34) verzeichnete 1962 einen Abfall der Mortalität des Delirium tremens in den letzten Jahren von rund 1o % auf 0.5 % . - HELBIG (24) gab 1962 eine Delirletalität zwischen etwa 20 - 25 % an.

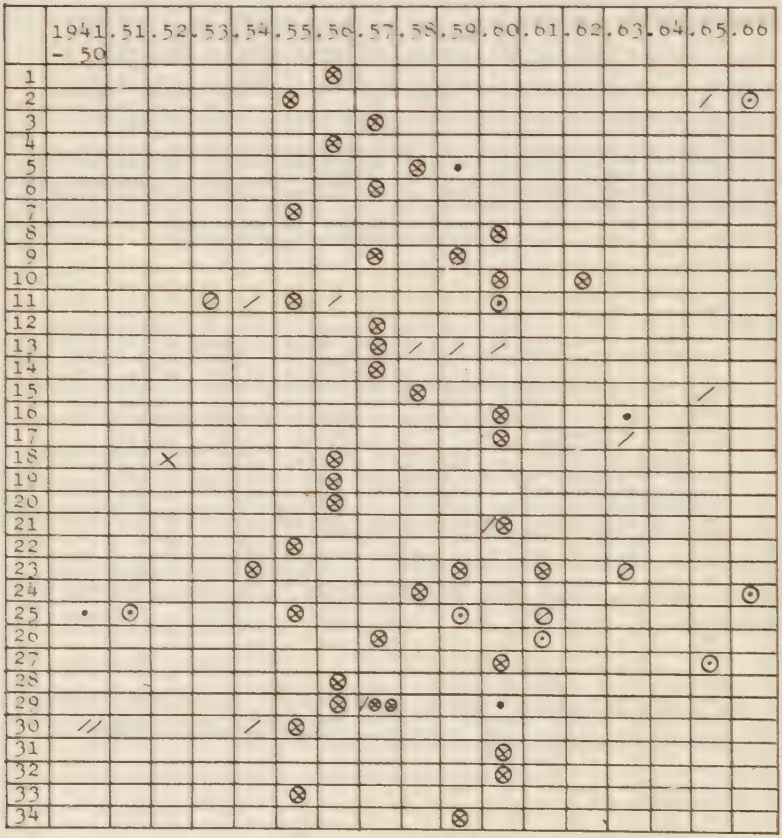
Unter den letalen Fällen sind alle Altersstufen vertreten, mit einem Schwerpunkt zwischen dem 51. bis 60. Lebensjahr; HELBIG (24) fand 1962 ein Maximum in der

Altersverteilungskurve der Delirtoten zwischen 51 bis 55 Lebensjahren bei Ausbruch der Erkrankung.

In einer Übersichtstabelle werden nun Anzahl und Verteilung von Delirien, Prädelirien und "deliranten Zuständen" unbekannter Ausprägung für die Patienten 1 - 34 dargestellt; es werden auch Erkrankungen angeführt, die außerhalb des Katamnesezeitraums liegen, soweit sie die Patienten der Katamnesegruppe betreffen. - Unter Prädelirien verstehen wir Zustände, bei denen die Delirsymptomatik nicht voll ausgeprägt ist und die sich durch Unruhe, Reizbarkeit oder Beklommenheit, Tremor und prodromale Sinnestäuschungen auszeichnen; die prädeliranten Bilder lassen erfahrungsgemäß ein drohendes Delirium annehmen und fordern therapeutische Konsequenzen, bieten aber keineswegs ein verläßliches Kriterium für den drohenden Ausbruch des Deliriums (24).

Erklärung der Zeichen:

⊗ Vollausgeprägte Delirien; in der UNkl. Tübingen.
⊙ " " ; stationär außerhalb d.UNkl.
⊘ " " ; nicht stationär.
× Prädelirien ; in der UNkl.
• " u. "delirante Zustände" unbek.Ausprägung; stationär außerhalb d.UNkl.
/ " " " Zustände" unbek.Ausprägung; nicht stationär.



(Bei Patient 17 trat 14 Tage nach Rückverlegung in die Chirurgische Universitätsklinik nach überstandenem Delirium ein "abortives Delirium tremens" auf).

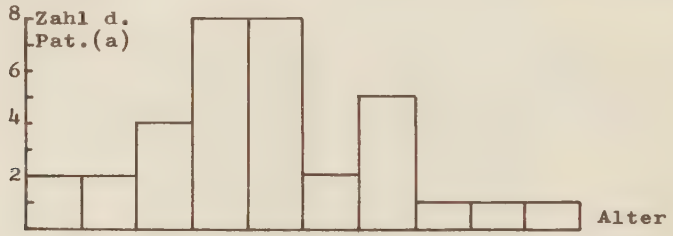
Die voll ausgeprägten Delirien bei den 34 Patienten der Katamnesegruppe (0,0 und 0 der Übersichtstabelle) verteilen sich folgendermaßen auf die Jahre 1951 bis 1966:

	1951	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	Ges.zahl d.Del.
Vollausgepr.Del. stat.i.d.UNkl.				1	7	7	9	3	3	8	1	1					40
Vollausgepr.Del. stat.außerh.d.UNkl.	1								1	1	1				1	2	7
Vollausgepr.Del. nicht stationär			1								1		1				3
Sämtl.vollausgeprägte Del.	1		1	1	7	7	9	3	4	9	3	1	1		1	2	50

Von den insgesamt 50 Delirien, welche die 34 Patienten der Katamnesegruppe in den Jahren 1951 - 1966 durchmachten, wurden 40 stationär in der UNkl. behandelt (80 %).

23 Delirien (46 %) der Gesamtzahl von 50 Delirien fallen auf die Jahre 1955 - 1957, ein zweites Maximum mit 9 Delirien (18 %) zeigt das Jahr 1960.

b) Altersverteilung bei der Ersterkrankung: Das Alter der Patienten bei der Ersterkrankung zeigt die folgende Tabelle (a); es wird auch das Alter, in dem zum ersten Mal die Aufnahme in die UNkl. wegen eines Deliriums erfolgte, angeführt (b):



Altersgruppen	31-35	36-4o	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	Ges.d. Pat.
Zahl d. Pat.(a)	2	2	4	8	8	2	5	1	1	1	34
Zahl d. Pat.(b)	2	2	4	7	9	2	5	1	1	1	34

Bei 16 von 34 Patienten (47.1 %) trat das erste Delirium tremens zwischen dem 46. und 55. Lebensjahr auf; ein zweites Maximum liegt zwischen dem 61. und 65. Lebensjahr (5 Patienten bzw. 14.7 %). 2 Patienten waren jünger als 35 Jahre, einer älter als 76 Jahre.

Im wesentlichen zeigt sich das Delirium als Erkrankung des mittleren Lebensalters, in dem die Patienten noch

Jahre potentieller Produktivität vor sich haben. BÜHRER (8) fand 1964 ein Häufigkeitsmaximum der Delirien bei den 46 bis 50-Jährigen in seinem Material; nach BLEULER (6) ist das häufigste Erkrankungsalter 30 bis 50 Jahre, wobei das Maximum näher der letzteren Zahl als der ersteren liegt,und manche Fälle auch die 50 überschreiten.

Bemerkenswert sind 4 Fälle unter 40, davon 2 unter 35 Lebensjahren, die die Zunahme der jugendlichen Trinker widerspiegeln.

c) Delir-Rezidive: Aus der Übersichtstabelle ergibt sich, daß 24 Patienten völlig rezidivfrei waren im Sinne eines voll ausgeprägten Deliriums; die restlichen lo Patienten erkrankten mehrfach.

					Ges.
Anzahl der Delirien	1	2	3	4	50
Zahl der Patienten	24	6	2	2	34

Rezidivfrei im Sinne voll ausgeprägter Delirien, Prädelirien und "deliranter Zustände" unbekannter Ausprägung waren 19 Patienten; die restlichen 15 erkrankten mehrfach. In die folgende Tabelle wurden Erkrankungen, die dem erstmaligen ausgeprägten Delirium vorausgingen, nicht einbezogen, ebenso das zur Übersichtstabelle (s.o.) beigefügte "abortive Delirium". Bemerkenswert ist, daß ein Patient innerhalb von 2 Jahren 3 Delirien überstand.

						Gesamt
Erkrankungen	1	2	3	4	5	62
Zahl der Patienten	19	9	1	3	2	34

In welchem Jahr nach dem erstmaligen Delirium tremens Rezidive auftraten, zeigt die nächste Tabelle:

im...Jahr nach erstmal.Del.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	1o.	11.	Ges.
1. Rezidiv	1	2	1	-	3	1	-	1	-	-	1	1o
2. Rezidiv	1	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	4
3. Rezidiv	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Gesamtz.d.Rez.	2	2	1	-	3	1	2	2	1	-	2	16

Vier von 1o erstmaligen Rezidiven folgten innerhalb der ersten 3 Jahre auf die Ersterkrankung, 7 innerhalb der ersten 5 Jahre. Ein erstmaliges Rezidiv brach in einem Fall erst nach 11 Jahren aus.

Stellt man die Altersverteilung der Erstdelirien mit und ohne Rezidiven einander gegenüber:

Alter z.Zt.d. Erstdelirs	31-35	36-4o	41-45	46-5o	51-55	56-6o	61-65	66-7o	71-75	76-8o	Ges.
Erstd.ohne Rezidive	1	1	-	6	6	2	5	1	1	1	24
Erstd.mit Rezidiven	1	1	4	2	2	-	-	-	-	-	1o

so zeigt sich, daß 60 % der Rezidiv-Patienten jünger als 46 und keiner älter als 55 Jahre, während 79 % der rezidivfreien Patienten zur Zeit des Erstdelirs zwischen 46 und 65 Jahre waren.

d) Art und Schweregrad des Deliriums: Unter den 50 Delirien, welche die 34 Patienten unserer Katamnesegruppe in der Zeit von 1951 - 1966 durchmachten, fand sich keines, das lediglich nach plötzlichem Entzug des Alkohols und ohne Beteiligung von Gelegenheitsursachen und Ab-

stinenz aufgetreten wäre. 31 Fälle (62 %) waren provoziert durch körperliche Erkrankungen (meist Unfälle und Infekte, in 3 Fällen - es handelte sich jeweils um denselben Patienten - epileptische Anfälle als Gelegenheitsursachen) und Abstinenz. Die restlichen 19 (38 %) waren Kontinuitätsdelirien. Von den 4o stationär in der UNkl. durchgemachten Delirien waren 26 (65 %) provoziert und 14 (35 %) Kontinuitäts-Delirien.

Diese Werte stimmen mit den von SCHULTE (81) gefundenen überein: Unter 314 Delirien von 285 Deliranten,waren 4o % unprovoziert und 60 % provoziert durch Gelegenheitsursachen oder Entzug des Alkohols.

Eine Einteilung nach der Delirdauer: kurz, mittel, lang und extrem lang dauernde Delirien, wie sie HELBIG (24) durchgeführt hat, ist bei unseren Fällen mangels genauer Angaben nicht möglich. Zieht man als Kriterien die Rapportfähigkeit, die Kreislaufverhältnisse und Dauer der Kreislaufstützung, die Notwendigkeit und Dauer sedierender Maßnahmen und die Delirdauer heran, so läßt sich grob folgende Einteilung für die Bewertung des Schweregrades - für die es streng genommen keine Kriterien gibt - treffen: Von 40 Delirien verliefen 1o leicht (25 %), 2o mittelschwer (5o %) und 1o (25 %) schwer.

e) Dauer des Alkoholkonsums: Erfahrungsgemäß läßt ein Delirium tremens auf einen schon längere Zeit bestehenden Alkoholmißbrauch schließen, doch ist es wegen der unzuverlässigen Angaben sehr schwierig, diesen zeitlich abzugrenzen.

Bei 3 Patienten war über Angaben wie "schon lange" nicht hinauszukommen. 21 Patienten (61.8 %) datierten den Be-

ginn des regelmäßigen Alkoholkonsums um das 20. Lebensjahr, ein Patient auf das 15.; 1o von dieser Gruppe differenzierten allerdings noch den Beginn des exzessiven Trinkens, der bei einer weiteren Gruppe (7 Pat.) mit der Kriegs- oder Nachkriegszeit zusammen fällt. 2 Patienten begannen erst später und gleichzeitig exzessiv zu trinken, wobei über einen evtl. vorausgehenden regelmäßigen aber mäßigen Konsum von den beiden letzten Gruppen keine Angaben gemacht wurden. Schließlich ergibt sich folgendes Bild über das Alter, in dem der Alkoholkonsum einsetzte:

Alter	15-24	25-34	35-44	45-54	unbek.	Ges. d.Pat.
Zahl d. Pat.	25	1	2	3	3	34

Zumindest 73.5 % der Patienten begannen vor Erreichen des 25. Lebensjahres regelmäßig Alkohol zu konsumieren; 8 von den 1o Patienten, die mehrfach an einem Delirium tremens erkrankten, fallen in diese Gruppe. - SELZER (87) bezeichnete das Lebensalter bei Beginn des Alkoholkonsums als prognostischen Indikator; er fand, daß Alkoholiker, die vor dem 25. Lebensjahr zu trinken begannen, häufiger in die ungebesserte Gruppe fallen.

Die Dauer des regelmäßigen Alkoholkonsums bis zum Ausbruch des ersten Deliriums und die Dauer des exzessiven Konsums - soweit er sich abgrenzen läßt - zeigen folgende Verteilung:

Jahre:	1-5	6-1o	11-15	16-2o	üb. 2o	keine Angab.	Ges.Zahl d.Pat.
Alkohol-konsum	-	3	3	4	21	3	34
Exzessiv. Alk.kons.	3	7	3	3	4	14	34

f) Therapie: Von 40 Delirfällen - gemeint sind hier die 40 voll ausgeprägten, stationär in der UNkl. durchgemachten Delirien - wurden 14 direkt in die UNkl. aufgenommen, die restlichen 26 aus anderen Kliniken verlegt. 24 wurden nach Hause entlassen, 14 blieben noch anderweitig stationär. Ein Delirium war letal und ein Patient wurde von Angehörigen trotz Verlegung in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus nach Hause genommen. Der stationäre Aufenthalt in der UNkl. dauerte zwischen 1 (letaler Ausgang) und 115 Tagen (Korsakowsches Syndrom als Folgezustand).

Dauer d.stat. Aufenth.in Tgn.	1 - 5	6- 1o	11- 20	21- 30	üb. 30	Gesamtz.d.i.d.UNkl. behandelten Delir.
Anz.d.Fälle	2	7	15	3	13	40

In den Krankengeschichten fanden sich in 24 von diesen 40 Fällen Hinweise auf psycho- und soziotherapeutische Bemühungen, die über die übliche medikamentöse Therapie hinausgingen, zumindest auf eingehende Aussprache mit dem Patienten über den Alkoholismus. Einmal wurde eine gestufte Aktivhypnose durchgeführt.

11 Patienten zeigten sich bei der Entlassung einsichtig oder versprachen, abstinent zu bleiben.

Ein kurzer Überblick zeigt, welche Medikamente den Patienten der Katamnesegruppe in der UNkl. gegeben wurden zur Therapie des Delirium tremens:

Zur Kreislaufstützung wurde vornehmlich Strophantin verwandt, von 1956 - 1958 außerdem Sympatol, Cardiazol und Coramin, ab 1960 Kombetin.

Als Sedativum diente, mit einem Schwerpunkt von 1956 bis 1957, Chloraldehydrat; Megaphen, SEE(gilt heute als kontraindiziert) und Luminal wurden vorwiegend 1955 - 1957 gegeben, seltener Atosil, Somnifen (1956 - 1959) und Protactyl ab 1960. Weitere Sedativa wie Neurocil, Valanin und andere fanden nur sporadisch Verwendung.

Zur Infusion wurden Periston N, Laevulose und Glucose bevorzugt, mit einem breiten Spektrum von Vitaminzusätzen (Cebion, BVK, Cytobion, Redoxon, Birutan und Polybion u.a.).

Soludecortin H fand ab 1959 Verwendung, Prednisolon in zwei Fällen ab 1960.

Leberschutz: Reducdyn ab 1958 und Hepagrisevit ab 1960. Präparate wie Litrison, Bilamidcholin, Cholin, Prohepar und Methionin wurden nur in jeweils einem Fall verabreicht. Oral wurden Hepsan-Kapseln und Laevoral (1956 - 1958) gegeben.

Als Antibiotikum diente, soweit notwendig, nahezu ausschließlich Supracillin.

Bei insgesamt 12 von 34 Patienten waren zu irgend einer Zeit Entziehungskuren durchgeführt worden. 3 Patienten hatten sich bereits vor einer Delirerkrankung einer medikamentösen, stationären Entziehungskur unterzogen (1 Patient in der UNkl.). Nach überstandenem Delirium, doch ohne zeitlichen Zusammenhang mit diesem, absolvierten 3 Patienten eine Kur, in einem Fall nach § 42c. Direkt im Anschluß an ein Delirium wurde bei 6 Patienten eine Entziehungskur durchgeführt, davon in 3 Fällen medikamentös in der UNkl.; § 42c kam einmal zur Anwendung.

3 Patienten blieben im Anschluß an eine Entziehungskur - 2 Kuren wurden nach und ohne Zusammenhang mit einem überstandenen Delirium tremens durchgeführt - abstinent. Ein weiterer war in seinem Trinkverhalten wenigstens gebessert; in diesem Fall wurde die Entziehungskur direkt dem Delirium angeschlossen.

Dieses Ergebnis kann mit dem von v.KEYSERLINGK (37) 1958 berichteten verglichen werden; er fand 23 wieder rückfällig gewordene unter insgesamt 29 behandelten Patienten. BLEULER (6) stellte - im Durchschnitt etwa 6 Jahre nach Kurabschluß - in rund 1/3 der Fälle Heilung fest.

Vom zuständigen Gesundheitsamt wurden 8 Patienten nach überstandenem Delirium beobachtet, ein weiterer bereits 9 Jahre zuvor.

Alkoholgegnerorganisationen wie Blaukreuz, Guttempler, Kreuzbund u.ä. spielten keine Rolle; einige Patienten haben wenigstens theoretische Kenntnis vom Wesen der erstgenannten Gruppe. Über einige Monate hinweg hatte 1 Patient - im Anschluß an die erste von 2 Entziehungskuren- Kontakt zum Freundschaftskreis der "Ehemaligen" einer Trinkerheilanstalt.

Es ist bemerkenswert, daß die Abstinenzvereine oder während der klinischen Behandlung gebildete Gruppen therapeutisch wenig ausgenützt werden. SCHULTE (82) sieht in der Erschließung kommunikativer Möglichkeiten für den Süchtigen, der auf den am meisten hört, der in gleicher Abhängigkeit gestanden hat oder bedroht ist, nicht nur eine Aufgabe des Süchtigen selbst.

A 2) Katamnestische Daten bezüglich des chronischen Alkoholmißbrauchs.

Durchweg wurde von den Patienten ein jahrelanger Alkoholmißbrauch betrieben. Es interessierte, nach Determinanten dieses Mißbrauchs zu suchen, nach Faktoren, die eine Rolle spielen könnten bei der Entwicklung des Abusus.

Im großen und ganzen war die Zusammensetzung der Gruppe nach der Persönlichkeitsstruktur uneinheitlich, mit einer Tendenz zur unsicheren, unstabil strukturierten Persönlichkeit hin.

Hinweise auf auffällige Charakterzüge (Geltungssucht , Aggressivität, Maßlosigkeit, Kontaktschwäche und ähnl.) tauchen schon frühzeitig in den Biographien von 14 Patienten auf. Das prämorbide Persönlichkeitsbild ist bei einem Patienten das eines haltlosen, stimmungslabilen Psychopathen, z.T. zu explosiven Gewalttaten neigend. Durch die Biographie eines anderen ziehen sich neurotische Erscheinungen und Alkoholismus in gegenseitiger Verquickung.

Psychosen bestanden prädelirant nicht, während sich später in 7 Fällen ein Korsakowsches Syndrom ausbildete. Es war in fünf Fällen Restzustand nach erstem und in einem Fall nach drittem Delirium; bei einem Patienten wurde das Korsakowsche Syndrom erst 1 Jahr nach überstandenem drittem Delirium diagnostiziert.

a) <u>Schädel- und Hirntraumen, Magenanamnese und Alkoholintoleranz:</u> In den Anamnesen von 6 Patienten fanden wir Schädel- und Hirntraumen; bei 2 stand das Trauma im Zusammenhang mit dem Ausbruch des Deliriums. Ein weiterer Patient gibt an, im 1. Weltkrieg "verschüttet" gewesen zu sein.

Nach v.KEYSERLINGK (38) stehen organische Hirnschädigung und Kopfverletzung an erster Stelle der Ursachen des sekundären Alkoholismus (allerdings hat nicht jeder Kopfunfall eine organische Hirnschädigung zur Folge). Für die Bedeutung cerebraler Insulte spricht auch das evtl. Auftreten von Alkoholintoleranz nach Hirntraumen (27).

Häufig findet sich diese auch nach Magenresektionen. Eine Magen-Darm-Anamnese mit Ulcera ventriculi und duodeni haben 7 von 34 Patienten (2o.6 %); 5 davon (14.7 % der Patientengesamtzahl) wurden magenreseziert. Ein Patient wurde nach einer Kriegsverwundung darmreseziert.

Während BÜHRER (8) 1964 unter seinen Delirium tremens - Fällen 5.9 % wegen Ulkusleiden magenresezierte fand, gibt NAVRATIL (64) 1957 aus einer Gruppe von 500 männlichen, unausgelesenen chronischen Alkoholikern in einer Heilanstalt einen Prozentsatz von 20.6 % an - damit war jeder fünfte in die Anstalt Eingewiesene magenoperiert - gegenüber einer Häufigkeit der Ulcera bei der Durchschnittsbevölkerung von 5 - 7 %.

In den meisten Fällen (5 von 7) bestand exzessiver Alkoholgenuß schon vor Beginn der Magenanamnese. Der zeitliche Abstand zwischen Magenresektion und Entgleisung im Delirium tremens lag zwischen 2 bis 13 Jahren.

Insgesamt wurde in 8 Fällen über eine Toleranzsenkung berichtet. Sie ist bei 2 Patienten postdelirant eingetreten (einmal wird als Zeitpunkt direkt das Delirium tremens angegeben), in den restlichen 6 Fällen bestand sie aber schon ein bis mehrere Jahre vor Delirausbruch. In der Anamnese dieser Patienten fanden sich dabei Magenresektionen (3 Fälle) wegen Ulcera ventriculi und

Darmresektionen (1 Fall) nach Schußverletzung, so daß wohl Veränderungen in den Resorptionsverhältnissen eine Rolle in der Genese der Toleranzminderung (wie auch des Delirium tremens) gespielt haben mögen. SOEDER (88) spricht geradezu von einer "i.v. Alkoholinjektion". - Es liegt nahe, besonders Magenresezierten konsequent Alkohol vorzuenthalten.

b) Trinkmotive: Schlüsselt man die Motive für den Alkoholkonsum und für dessen Erhöhung nach anfänglicher "Mäßigkeit", wie sie von den Patienten angegeben wurden, auf, so ergibt sich folgendes Bild:

28 Patienten tranken primär aus Sitte und Gewohnheit (die Angehörigen von Alkoholberufen wie Gastwirt, Küfer u.a. sind eingeschlossen). Dies zeigt eindringlich die Bedeutung des aus den Trinksitten resultierenden alkoholischen Milieus (72). In ihm toleriert die Gesellschaft den Alkoholkonsum oft noch, wenn bereits gesundheitliche und soziale Auswirkungen der chronischen Intoxikation schweren Schaden anrichten. Sie fordert geradezu den Alkoholkonsum in mannigfachen Situationen und stempelt den Gefährdeten, der sich in völlige Abstinenz flüchten konnte, zum Sonderling und Schwächling. Ein wesentlicher Faktor ist auch der Druck bestimmter Interessenverbände, der sich in teilweise verantwortungsloser Reklame äußert. Mit STROTZKA (98) ist zu fordern, daß die Trinksitten in ihre Schranken gewiesen werden, und besonders in Schulen und Betrieben Aufklärungsarbeit geleistet wird über die gesundheitliche und soziale Gefährdung durch den Alkohol.

Sekundär spielten bei der Hälfte der oben genannten Patienten Reaktionen auf Schicksalsschläge (Tod der Ehefrau) und Störungen in Beruf und Familie eine Rolle; 3 Patienten gaben diese als ausschließliches Motiv an. Zweimal wurde eine Verbesserung der Arbeitsleistung durch Alkoholgenuß angeführt. Zusätzlich diente er in 3 Fällen zur Bekämpfung körperlicher Symptome wie Schmerz und Tremor; ein Patient berichtete z.B., er habe Alkohol als "gutes Mittel gegen Magenschmerzen" verwandt. (Von einem Patienten liegen hierzu keine Angaben vor.)

Über die berufliche Klassifizierung der Patienten wird noch berichtet; hier sei lediglich erwähnt, daß 16 Patienten in bezug auf den Alkoholismus beruflich belastet sind: 6 gehören dem Gastwirt-, Küfer- und Brauereigewerbe an, 10 relativ trinkfreudigen Berufen im Bau- und Schmiedegewerbe (5 Patienten) und in der Landwirtschaft (5 Patienten).

SCHEID (77) fand in seinem Krankengut bestätigt, daß Gastwirte etc. besonders häufig unter den Delir-Patienten zu finden sind. Gelegenheit und leichter Zugang stellen besonders gefährdende Faktoren dar. Auch v.KEYSERLINGK (37) und FEUERLEIN (16) sprechen von einer starken Ausprägung des gewohnheitsmäßigen Alkoholgenusses in Bau- und Alkoholberufen, der dann nur zu leicht zum Mißbrauch führt.

Kurz sei noch die "familiäre Belastung" hier angeschlossen: Der Gruppe der sogenannten "Alkoholberufe" wie Gastwirte, Bierbrauer und Küfer, gehörten die Väter von 8 Patienten an. Von Alkoholmißbrauch väterlicherseits wurde in 11 Fällen berichtet, in 2 weiteren ist er wahrscheinlich. Abusus mütterlicherseits findet sich einmal, seitens der Geschwister dreimal.

Als Getränk wurde in der Zeit vor Ausbruch des Deliriums von 10 Patienten Most, von 8 Wein, von 6 Bier bevorzugt; weitere 5 tranken vornehmlich hochprozentige Alkoholika; der Rest zeigte keine eindeutige Tendenz. Nach überstandenem Delir bot die Getränkewahl von 28 Patienten folgendes Bild: Je 9 Patienten bevorzugten Wein oder Bier, 3 tranken ausschließlich Most, Schnaps lediglich noch 2 Patienten; 5 Patienten zeigten keine besondere Tendenz. Zur Zeit der Untersuchung trank angeblich kein Patient mehr Schnaps in größerer Menge; nur noch jeweils 2 Patienten tranken vornehmlich Wein bzw. Most; 5 Patienten bevorzugten Bier; 4 ließen sich keinem Getränketyp zuordnen.

In bezug auf die Trinkgewohnheiten variieren die Patienten zwischen vornehmlichen Gasthaustrinkern und "häuslichen Trinkern". Sowohl in der Zeit vor als auch nach dem Delirium bestand bzw. besteht die Tendenz zum "häuslichen" Alkoholkonsum; dies kommt auch deutlich in den geradezu aus dem Boden schießenden Flaschenbierhandlungen "über die Straße" zum Ausdruck.

c) Abstinenz, trinkfreies Intervall und Rückfälligkeit:
Nach dem 1. in der UNkl. überstandenen Delirium blieb eine erste Gruppe (6 von 34 Patienten bzw. 17.6 %) ohne Alkoholkonsum; 4 davon allerdings aus äußeren Gründen, sie wurden in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und anderen Kliniken untergebracht: Ein Patient verstarb kurze Zeit nach überstandenem Delirium im Coma hepaticum in einem Kreiskrankenhaus, in das er wegen seiner schweren Leberzirrhose verlegt worden war; ein weiterer war nach überstandenem Delirium bis zum Tode praktisch ständig stationär in der Medizinischen Klinik.

ebenfalls wegen einer Leberzirrhose; ein dritter wurde in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus überwiesen, kam von dort nach einigen Jahren in ein Pflegeheim, wo er verstarb; ein vierter wurde postdelirant in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus verlegt.

Ein trinkfreies Intervall lag bei einer zweiten Gruppe (12 Patienten bzw. 35.3 %) vor. Meist dauerte es eine bis mehrere Wochen an, erstreckte sich jedoch in fünf Fällen über den beachtlichen Zeitraum von 1 - 3 Jahren. (Nach diesem trinkfreien Intervall ist bei drei Patienten kein eigentlicher Rückfall festzustellen, der erneute Konsum liegt in mäßigen Grenzen.) Dieser Befund stimmt nicht überein mit der Aussage GERARDS (2o), daß bei Alkoholikern eine einjährige Nachbeobachtungszeit genüge, um ein Bild über die weitere Prognose zu gewinnen, daß bei längeren Katamnesen keine signifikanten Änderungen mehr zu erwarten sind. LEMERE (46) bezeichnet Behandlungsbewertungen, die auf Katamnesen von nur wenigen Monaten gründen oder 1 - 2 Jahren beruhen als bedeutungslos, da er zu 8 % Rückfälle nach trinkfreien Intervallen von 3 Jahren oder mehr fand.

Das trinkfreie Intervall kann als Anhalt dafür gewertet werden, daß der Alkoholiker durch das erlebte Delirium Antriebe zur Abstinenz erfahren kann (79) oder aber häufig lediglich als Ausdruck der "Rekonvaleszenz" nach überstandenem Delirium.

Nach einem zweiten Delirium wurde ein weiterer Patient total abstinent, zwei Patienten fanden zu einem mäßigen Alkoholkonsum; dies spricht gegen eine grundsätzlich ungünstige Prognose eines Delir-Rückfalls.

Eine dritte Gruppe (16 Patienten bzw. 47.1 %) zeigte kein trinkfreies Intervall, doch ein Patient trank nach überstandenem Delirium nur noch mäßig.

Insgesamt wurden also nach dem ersten in der UNkl. überstandenen Delirium tremens 24 von 34 Patienten rückfällig, während 2 abstinent blieben, 4 - teilweise nach einem trinkfreien Intervall - nur noch mäßig tranken und weitere 4 Patienten aus äußeren Gründen (s.o.) ohne Alkoholkonsum waren.

Schlüsselt man die Gründe für die Rückfälligkeit nach dem 1. in der UNkl. überstandenen Delirium tremens auf, so zeigt sich folgendes:

	Pat.mit trinkfr. Intervall	Pat.ohne trinkfr. Intervall
Angehörige von Alkoholberufen	1	5
Rückkehr in schädliches soziales Milieu (unvollst.Famil.u.a.)	1	1
Angebl.größere Leistungsfähigk. (..man kann beser "schaffen..)	5	1
Vollständige Uneinsichtigkeit	1	6
Deutlich süchtige Züge wie psych. u.körperl.Abhängigk.u.Kontrollverl.	2	2
Keine besonderen Gründe angegeben	2	1
	12	16

Als besonders rückfallgefährdet erwiesen sich Angehörige von Alkoholberufen. Die Forderung, den Alkoholiker hier herauszunehmen und ihn in eine andere berufliche Umwelt zu verbringen, läßt sich allerdings nur in den seltensten Fällen erfüllen. Auch stellt ein Berufswechsel keine conditio sine qua non dar, wie das Beispiel eines Gastwirts mit bemerkenswerter Konsolidierung nach überstandenem Delirium zeigt.

Die besonders im bäuerlichen Bereich häufig zu findende Überzeugung, daß die Arbeit mit entsprechend hohem Alkoholkonsum einhergehen müsse, ist ein weiterer wesentlicher Faktor: ... man braucht den Alkohol einfach, wenn man schaffen will; in dieser Überzeugung werden die Alkoholkranken häufig von den "gesunden" Angehörigen bestärkt. Im übrigen gilt auch hier das schon an anderer Stelle über das alkoholische Milieu und die Trinksitten Berichtete.

Das Ausmaß des Alkoholkonsums zur Zeit der Untersuchung oder zur Zeit des Todes der Patienten zeigt gegenüber den vordeliranten Verhältnissen folgende Veränderungen (zum besseren Verständnis sei bemerkt, daß hier "sehr mäßig" einen Verbrauch von maximal 1 - 2 Flaschen Bier / die und "mäßig" einen Verbrauch von maximal 3 Flaschen Bier oder o.5 l Wein oder weniger als 1 l Most / die bedeutet); die erfahrungsgemäß unzuverlässigen Angaben der Patienten zu ihrem Alkoholkonsum konnten - mit Ausnahme von 2 Fällen - durch Befragung des Hausarztes und der Angehörigen, insbesondere der Ehefrau, nachgeprüft und gegebenenfalls korrigiert werden, doch ist ein erheblicher Unsicherheitsfaktor trotzdem nicht auszuschließen:

	Zahl der Fälle	
Abstinent	5	
Reduzierter Konsum:	9	
sehr mäßiger Konsum		4
mäßiger Konsum		5
Weiterer Mißbrauch:	15	
leicht reduziert		5
erhöht		10
Ohne Alkoholkonsum infolge stationärer Unterbringung (z.T. in Psychiatr.Landeskr.)	5	
Gesamtzahl der Patienten	34	

(Interessant war, daß die Patienten bzw. ihre Angehörigen geradezu bestrebt waren, in bezug auf den Alkoholkonsum eine Differenz zu den vordeliranten Verhältnissen aufzuzeigen, entweder im Sinne der Reduktion oder der Erhöhung.)

5 Patienten der Katamnesegruppe waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bzw. des Todes aus äußeren Gründen ohne Alkoholkonsum. Diese waren: Unterbringung in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (3 Pat.) und ständiger bzw. praktisch ständiger Aufenthalt in anderen Krankenhäusern bis zum Tode (je 1 Pat.).

Bei 5 von 34 Patienten (14.7 %) kann von einer Besserung im Sinne der Abstinenz gesprochen werden. Insbesondere Entziehungskuren (3 Pat.) und Beeindruckung durch körperliche Komplikationen (2 Pat.) wie Leberschädigung und Durchblutungsstörungen ließen diese Patienten abstinent werden und bleiben.

9 von 34 Patienten reduzierten den Alkoholkonsum erheblich, sie tranken nur noch mäßig bzw. sehr mäßig. In einem Fall spielte die Toleranzsenkung eine Rolle, die sich nach dem Delirium tremens bemerkbar machte. In einem weiteren Fall wurde die Trinkmenge reduziert, weil die Angehörigen den stumpf-dementen Patienten ausreichend kontrollieren konnten. Der hauptsächliche Anstoß zu gemäßigtem Alkoholkonsum ging bei 3 Patienten von körperlichen Komplikationen (Leberschaden u.a.) aus; weniger die Drohungen mit schweren gesundheitlichen Schäden als z.B. die Konfrontation mit dem manifesten Leberschaden schien uns ein erkennbarer Antriebsfaktor in Richtung Mäßigung (und Abstinenz) zu sein. Trotzdem gilt das von SCHULTE (82) Gesagte,

daß es genug Süchtige gibt, die auch die deutliche Sprache der Symptome nicht hören oder nicht hören wollen. Bei ihnen wird die destruktive Note erkennbar; ihr Alkoholverhalten kann als protrahierter Suizid verstanden werden.

Von den insgesamt 14 Patienten, die abstinent blieben (5 Pat.) bzw. in ihrem Trinkstil zur Mäßigkeit fanden (9 Pat.) waren 9 (64.3 % von 14 Pat.) erst im höheren Alter (über 49 Jahre) erstmalig an einem Delirium erkrankt, 2 Patienten (14.3 % von 14 Pat.) waren zu dieser Zeit jünger als 40 Jahre.

Welche Rolle spielt in der Erinnerung der Patienten das Delirium? Wird es als letzte Warnung, als entscheidender Anstoß zur Abstinenz und Mäßigung aufgefaßt? 6 Patienten der Katamnesegruppe von 34 Patienten haben durch die Erkrankung einen "heillosen Schrecken und eine heilsame Wandlung" (81) erfahren; der Alkoholkonsum wurde wesentlich reduziert, 1 Patient blieb nach überstandenem Delirium und Entziehungskur abstinent, ein anderer endgültig erst nach einer weiteren Entziehungskur.

4 Patienten berichteten, daß sie durch das Delirium und den Aufenthalt in der Nervenklinik wohl beeindruckt waren, doch kam es bei ihnen erst nach Eintritt von körperlichen Komplikationen zur entscheidenden Senkung des Konsums. An 15 Patienten ging das Delir auf die Dauer gesehen nahezu wirkunslos vorüber, lediglich von einem evtl. trinkfreien Intervall kann auf eine gewisse Beeindruckung geschlossen werden (in 7 Fällen ist die durchgemachte Erkrankung nicht oder fast nicht in der Erinnerung verankert, wird teilweise sogar negiert). 4 Patienten sahen im Delirium

eine"schwere Erkrankung", nahmen aber im übrigen eine recht indifferente Haltung ein. 1 Patient verstarb kurz nach dem ersten Delir an dekompensierter Leberzirrhose im Bewußtsein des "zu spät". Von den 4 restlichen Patienten liegen keine Angaben vor.

d) Einige Alkoholfolgeschäden in der Katamnese: Am häufigsten konnte eine Leberparenchymschädigung festgestellt werden (18 von 34 Pat.bzw. 52.9 %), bei 7 Patienten (2o.6 %) wurde die Diagnose Leberzirrhose gestellt. Zum Vergleich einige Zahlen aus der Literatur: BÜHRER (8) fand 1964 bei 204 Aufnahmen wegen Delirum tremens in 58.8 % der Fälle eine krankhaft veränderte Leber; KRANZ (44) berichtete 1960 von 74 % Leberschäden in seinem Beobachtungsgut. HABERNOLL (22) verglich 1956 das relative Vorkommen der Leberzirrhose bei Alkoholikern (9 %) mit dem bei Nichtalkoholikern (weniger als 1 %). BLEULER (6) sieht im Alkoholismus die bei uns bei weitem häufigste Ursache der Leberzirrhose, und WIESER (1o4) stellte fest, daß im ganzen die Häufigkeit der Leberzirrhose bei einer unausgelesenen Gruppe von Alkoholikern 8 % zu betragen schien - bei der allgemeinen Bevölkerung liegt die entsprechende Zahl zwischen 2.2 % und 3.9 %.

An alkoholischer Polyneuritis - besonders in der amerikanischen Literatur als karentielle Erkrankung, als Ausdruck eines Vitamin B 1 - Mangels angesehen - erkrankten zweitweise 3 Patienten. Im Zusammenhang mit dem Delirium bestand in einem Fall ein Morbus Wernicke, der heute zu den Vitaminmangel-Encephalopathien gezählt wird.

Ein Korsakowsches Syndrom bildete sich in 7 Fällen aus (s.o.).

Bei einem Patienten traten bereits 1 Jahr vor dem ersten Delirium epileptiforme Krämpfe auf, die sich im Laufe der Jahre zu einer schweren Alkoholepilepsie entwickelten; den 3 Delirien des Patienten gingen jeweils mehrfache Anfälle innerhalb 24 bis 72 Stunden voraus. Es ist hier eher ein Krampfleiden wegen alkoholbedingter Hirnschädigung anzunehmen als ein chronischer Alkoholismus bei Epilepsie. Nach WIESER (1o4) ist es zweckmäßig, statt von Alkoholepilepsie von Anfallszuständen im Rahmen des chronischen Alkoholismus und seiner verschiedenen Komplikationen zu sprechen.

In einem anderen Fall kam es zu einem 3 Minuten langen Anfallsgeschehen, einen Tag nach der Klinikaufnahme wegen Delirium - ein "epileptoider Anfall" ist noch 8 Jahre später aufgetreten. Bei einem dritten Patienten ging dem Delirium ein fraglich epileptiformes Geschehen unmittelbar voraus.

Nach BLEULER (6) können typische epileptische oder epileptiforme Anfälle das Delirium tremens einleiten oder auch begleiten; meist sind es nur einzelne. BUHRER (8) gab an, daß in 14 von 2o4 Fällen dem Delir ohne vorher bekanntes Anfallsleiden generalisierte epileptische Anfälle voraus gingen.

e) Tod und Todesursache: Von der Katamnesegruppe waren 15 Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits verstorben.

Erreichtes Lebensalter	31-4o	41-5o	51-60	61-70	71-80	81-90	
Zahl der verst.Pat.	1	3	6	2	2	1	15

Die verstorbenen Patienten erreichten ein durchschnittliches Alter von 57.9 Lebensjahren. Sie lebten nach dem ersten Delirium noch maximal 9 Jahre, durchschnittlich 3.9 Jahre. Unmittelbar an den Folgen des Alkoholmißbrauchs starben 8 Patienten (5 an dekompensierter Leberzirrhose, 3 im Delirium tremens).

Ein Patient erlag einer Kohlenmonoxyd-Vergiftung. Herz- und Kreislaufversagen war in 4 Fällen Todesursache, apoplektischer Insult und Bronchialcarcinom in je einem Fall.

Leberzirrhose und Herz- und Kreislaufversagen nahmen bei SELZER (87) die ersten Plätze unter den Todesursachen ein, die er bei einer Alkoholikerkatamnese fand; WIESER (1o6) nannte Herz- und Kreislauferkrankungen im Verein mit Suizid und Leberzirrhose. Bei NORVIG (66) umfaßten zwei Drittel der Todesursachen von Alkoholikern Suizide, cardiovaskuläre Erkrankungen und Carcinome, es folgten Unfälle und Leberzirrhose; einen Zusammenhang zwischen Todesursache und Alkoholismus fand er in etwa 50 % der Fälle.

Ein Patient erlag, wie schon erwähnt, einer Kohlenmonoxyd-Vergiftung die er sich in betrunkenem Zustand am Gasherd zugezogen hatte. Sie wurde als Unfall gedeutet, kann jedoch als Erfüllung der larvierten Selbstmordtendenz gesehen werden, die mit ihren zerstörenden Impulsen das letzte Lebensjahrzehnt des schwer depravierten Alkoholikers geprägt hatte.

Von 2 Patienten wurden Suizidversuche vorgenommen: Einer-stationär in der UNkl. - versuchte sich mit dem Handtuch am Fensterkreuz zu erhängen; der zweite Patient nahm mehrmals - nach Auseinandersetzungen mit der Ehefrau - große Mengen Schlaftabletten zu sich, negierte jedoch die suizidale Absicht.

B) Biographien.

Zur Veranschaulichung werden einige Biographien stichwortartig dargestellt:

Hugo K.; KG Nr. 855/58.

Wie sein Vater, trank auch der Patient schon als Jugendlicher sein "Quantum" Most und sprach später als Gastwirt regelmäßig dem Alkohol zu, ohne daß sich beide "viel aus ihm gemacht" hätten.

Nach einer harmonischen Kindheit mit 5 Geschwistern und der Volksschulzeit als guter Schüler wäre der Patient gerne Elektriker geworden. Doch als ältester Sohn mußte er auf eine Lehre verzichten und in der Gast- und Landwirtschaft des Vaters, der nebenbei noch eine kleine Schnapsbrennerei betrieb, arbeiten. Seit seinem 32. Lebensjahr führt der Patient die Wirtschaft allein.

Er heiratete nach dem Kriege eine Frau aus ebenfalls bäuerlichem Milieu und führt eine weitgehend harmonische Ehe, bürdet allerdings der Ehefrau die Hauptlast auf. Aus der Arbeit "hält sich" der willensschwache Patient "ziemlich raus", auch die Erziehung der 5 Kinder bleibt der Ehefrau überlassen. Doch erst deren schlechtes Verhältnis zur Stiefmutter des Patienten brachte Dissonanzen in die Ehe. Diese gaben dem primär wohl aus "Sitte und Gewohnheit" resultierenden Alkoholverhalten des Patienten noch eine reaktive Note: Statt "Krach zu machen" hielt sich der etwas depressiv reagierende Mann lieber an den Alkohol ... 1958 erkrankte er an einem Delirium, nahm sich nach der Entlassung jedoch zusammen - das Delir diente ihm, wie er meinte, als "Warnung" -, trank nur noch mäßig hinter der Theke

und nie mit den Gästen. In seinem Verhältnis zur Umwelt hatte sich nichts geändert: Nach wie vor war er gerne im geselligen Kreise, war im Ausschuß des Sportvereins tätig und hatte eine große Zahl von Bekannten.

Er begann die Wirtschaft zu einem großen Gasthaus umzubauen, das, äußerlich pompös gestaltet, hinter den Kulissen es allenthalben an Hygiene mangeln läßt. Der Umbau war eben fertig, die Schulden standen noch an, als er, völlig überarbeitet, an Schlaf- und Appetitlosigkeit leidend, zur Zeit des Schnapsbrennens rückfällig wurde. Nach Angabe des Hausarztes konnte ein erneutes Delirium nur medikamentös verhindert werden. Der Patient fing sich jedoch wieder und zeigte sich dem Zureden der Ehefrau und des Hausarztes gegenüber einsichtig.

Eine gute Prognose ist bei dem intelligenten und vernünftigen, aber willensschwachen Patienten nur mit Vorbehalt zu stellen.

Joseph L.; KG Nr. 1071/52/56.

Der Patient stammt aus einer fleißigen und angesehenen Bauernfamilie in Süddeutschland. Als ältester Sohn wuchs er mit 5 Brüdern und 3 Schwestern in geordneten Verhältnissen auf und hatte eine sehr schöne Kindheit. Nach dem Volksschulbesuch und einer Lehre war er bis zum ersten Weltkrieg als Kaufmann tätig. Die Militärzeit verbrachte er teils an der Front, teils in der "Verwaltung". Von einer Verwundung genesen, nahm er nach Kriegsende wieder eine Stelle als Kaufmann ein, wechselte in einen Textilbetrieb auf der Schwäbischen Alb und übernahm dort 1927 die Betriebsleitung. 8 Jahre später wurde die Fabrik dem "nichtarischen" Besitzer enteignet und über Kredite konnte sie L. an sich bringen. Die nicht rentable, schwer verschuldete Firma bereitete ihm erhebliche geschäftliche Sorgen.

Nach dem zweiten Weltkrieg verlor er den Restitutionsprozeß und mußte den Betrieb abgeben. In einem weiteren Prozeß kämpfte er um die Entschädigung für eigene Arbeit und investierte Mittel, die er für eine neue Existenzgründung brauchte. Diese Vorgänge raubten ihm Lebensmut und Initiative. In die UNkl. wurde er wegen reaktiver depressiver Zustände aufgenommeh, denen die beginnende cerebrale Arteriosklerose eine organische Note gab. Prädelirante Züge bei dem Klinikaufenthalt wiesen auf einen schon länger bestehenden erheblichen Alkoholkonsum hin. Die Sorgen, die sich aus der Diskrepanz zwischen Wollen und Können bei dem nicht sehr energischen, eher etwas ängstlichen Patienten, der jedoch stets die Rolle des erfolgreichen Geschäftsmannes spielen wollte, ergaben, waren wohl das Motiv für den Alkoholmißbrauch.

Nach einer wirtschaftlich-finanziell angespannten Phase kaufte L. ein neues Unternehmen in Baden auf. Da jedoch eine staatliche Finanzierungsbeihilfe nicht in der beantragten Höhe bewilligt wurde, mußte er schon nach 3 Jahren den Vergleich anmelden. Als der Betrieb nicht recht florieren wollte, trank der Patient immer mehr, ohne aber je eigentlich berauscht zu sein. Während des Vergleichsverfahrens brach ein Delirium aus; in einer anschließenden Entziehungskur wurde er in der UNkl. auf Antabus eindosiert.

L. trank über einige Jahre hinweg keinen Alkohol mehr, später und "ausschließlich zur Kräftigung" wenig Rotwein. Seit dem Delirium, das einen starken Eindruck hinterlassen hat, spürt er kein Bedürfnis mehr nach Alkohol.

Als der Patient aus der Entziehungskur entlassen und vorzeitig teilinvalidiert wurde, fand er eine, wie er meint, "sehr verantwortungsvolle und selbständige" Stellung in seinem ersten Betrieb; der damalige Treuhänder hatte das Unternehmen in Konkurs gebracht, und die neue Geschäftsleitung stellte ihn ein, da er "gerne wieder arbeiten wollte". Er geht noch ganztägig seiner Arbeit nach und will dies, solange es irgendwie geht, fortführen, obwohl er seit Erreichen der Altersgrenze voll invalidiert ist. Die Mieteinnahmen aus einem von 2 eigenen Häusern, die Rente und der Arbeitsverdienst entheben ihn aller finanzieller Sorgen.

Zu seiner Ehefrau, die ihn auch in den schweren Zeiten immer verstanden hat und ihm eine hilfreiche Stütze war, hat er ein sehr enges Verhältnis. Die Beziehungen zu den Kindern waren nie getrübt, denn L. konnte die früheren Entgleisungen weitgehend vor ihnen verbergen. Beide Kinder besuchten eine höhere Schule und legten die Reifeprüfung ab; der Sohn studierte Volkswirtschaft.

L. war nie besonders gesellig und hat stets seiner Arbeit gelebt; er war, mit Ausnahme der frühen Jugendzeit, in keinem Verein. So besucht er auch jetzt nie irgend welche Veranstaltungen. Feste freundschaftliche Beziehungen bestehen nicht.

Hans M.; KG Nr. 851/60.

Obwohl M. aus einem Bauernhaus auf der Schwäbischen Alb stammt, spricht er gerne "Schriftdeutsch". Er ist sehr bemüht, den Eindruck enormer, beruflicher Aktivität und Geschäftstüchtigkeit zu machen. Ein gewisser Zug von Großartigkeit ist nicht nur dem Benehmen des Patienten eigen, sondern wird auch von der häuslichen Umgebung widergespiegelt ...

Er war das ältere von 2 Kindern und verbrachte die Kindheit in einem schwäbischen Bauerndorf. Nach der Volksschule besuchte er noch 2 Winter lang die landwirtschaftliche Berufsschule. Er wurde mit 17 1/2 Jahren zum Militärdienst eingezogen und gegen Kriegsende verwundet. Er entzog sich der Gefangenschaft als Mitglied der Waffen-SS und hielt sich bei einem Kriegskameraden im Zillertal einige Zeit verborgen. Auf Krücken kehrte er zurück, arbeitete heimlich auf mehreren Bauernhöfen in der Umgebung und konnte nur nachts nach Hause kommen. In dieser Situation, in der er "seelisch auf dem Nullpunkt" war, begann er regelmäßig kleine Mengen Alkohol zu trinken.

1946 hatten sich die Verhältnisse geordnet. M. arbeitete auf dem elterlichen Hof, den er dann später ganz übernahm. Vorher schon hatte er eine Baum- und Pflanzenschule aufzubauen begonnen, die ihm ertragreicher als die seitherige Landwirtschaft erschien. Das Geschäft blühte, er konnte die Ländereien ständig erweitern und ein großes Wohnhaus erstellen. Die Zunahme des Alkoholkonsums und die Delirerkrankung (1960) führte der Patient auf die damalige Arbeitsüberlastung und seine unsinnige Lebensführung zurück: Er aß nicht mehr regelmäßig, sondern rauchte und trank ständig, "um das Arbeitstempo durchzuhalten". Kurz vor Delirausbruch wurde er alkoholintolerant. Schon nach geringen Mengen war er reizbar bis zur Explosivität. Es kam zu erregten Auseinandersetzungen mit den Familienangehörigen, auch zu Schwierigkeiten mit Nachbarn und Bekannten, zu denen der Patient bisher ein ungestörtes Verhältnis gehabt hatte.

Nach überstandenem Delirium hielt er sich 3 Jahre total abstinent. Die gut strukturierte Persönlichkeit, die Einsicht in die Zusammenhänge zwischen der schweren Erkrankung und dem Abusus, die Konfrontierung mit den

greifbaren Folgen seines Verhaltens - er hatte im Delir mit der Axt den Traktor zertrümmert, da er Diebe unter der Motorhaube wähnte - und insbesondere die Unterstützung durch die entschlossene, energische Ehefrau ließen damals schon eine gute Prognose zu.

Er fuhr fort, das Geschäft weiter auszubauen. Auch sein Verhältnis zur Umwelt war wieder ohne irgend welche Störungen. Allerdings waren die meisten äußeren Kontakte wohl geschäftlich bedingt, an Vereinen und festen freundschaftlichen Beziehungen hat M. neben der Arbeit kein Interesse. Die kinderlose Ehe - auch für Kinder hat er "keine Zeit" - verlief wieder harmonisch und als der Patient begann, nach 3 Jahren wieder sehr mäßig Alkohol zu trinken, um "mehr und besser arbeiten zu können", sah die Ehefrau darin keine Gefahr. Sie ist überzeugt, daß der Ehemann die Gefährlichkeit des Alkoholmißbrauchs kennt und nicht nocheinmal das Maß verliert ...

Eugen J.; KG Nr. 1761/55.

Der Vater des Patienten war Küfer, jedoch angeblich kein Potator.

Mit einer Schwester wuchs J. in ordentlichen Familienverhältnissen auf. Er war ein guter Volksschüler und beendete auch erfolgreich die Malerlehre. Als Wandergeselle - er war auch später nie sehr lange an derselben Stelle in Arbeit - zog er von einer Stadt in die andere, bis er 4 Jahre nach der Verheiratung in einer süddeutschen Stadt seßhaft wurde, um dort allerdings weiterhin häufig den Arbeitsplatz zu wechseln; er ließ sich von Vorgesetzten nie gerne tadeln oder Vorschriften machen.

Im zweiten Weltkrieg nach einem Bauchschuß darmreseziert, verbrachte er den Rest der Militärzeit bei den "Landesschützen" in Pforzheim und Konstanz. 1945 fand er ohne

Papiere nur sehr schwer Arbeit und war 2 Jahre Hilfspolizist, bis er wieder zu seinem eigentlichen Beruf als Maler zurückkehrte.

Das Verhältnis des Patienten zu seiner Frau, die zur Zeit der Verheiratung ein Kind von ihm erwartete, war bis zur Kriegszeit recht harmonisch. Dies änderte sich, als er, schon immer etwas verschlossen und mißtrauisch, verbittert nach Hause zurückkehrte und über das übliche Maß hinaus dem Alkohol zusprach. Dazuhin erfuhr die Ehefrau von verschiedenen außerehelichen Beziehungen des Ehemannes während der Militärzeit. Um sein Gewissen zu erleichtern, suchte J. bei seiner Frau dieselben Verfehlungen und machte ihr häufig Eifersuchtsszenen. Doch auch eine primäre Frigidität der Ehefrau mit ihrem ausgeprägten Ich-Ideal, und die Ablehnung des trinkenden Ehemannes, von dem sie sich abgestoßen fühlte wegen des Alkoholismus, mögen zu den überwertigen Ideen mit beigetragen haben.

Alle Versuche der Ehefrau, in "Liebe und Härte", den Abusus einzudämmen, schlugen fehl. Trotzdem J. nie zu Hause trank, gelang es ihr nicht, die Problematik zu verdrängen und nur den immer mehr auf sie ausschließlich übergehenden Rollen des Familienernährers und Erziehers zu leben. Die Auseinandersetzungen mit dem abends betrunken Heimkehrenden häuften sich.

Im Anschluß an das Delirium lehnte der Patient eine Entziehungskur entschieden ab und bagatellisierte den Mißbrauch. Er nahm eine Stelle auswärts an. Die Arbeit in einem Neckarhafen machte ihm Freude, er ging ihr fleißig und regelmäßig nach.

Oft nahm er das eine oder andere seiner vier Kinder mit zur Arbeitsstelle. Sie schwankten zwischen der Ablehnung

und Identifikation mit dem Vater hin und her und gelangten über ein ambivalentes Verhältnis zu beiden Eltern, dem schwachen, trinkenden Vater und der dominierenden Mutter nicht hinaus.

Von seinem beträchtlichen Verdienst gab er nur einen geringen Teil zu Hause ab, und so sorgte seit der Delirerkrankung hauptsächlich die Ehefrau mit ihrem Gemüsegeschäft für den Unterhalt der Familie. J. wurde "ausgeklammert"; seit dem Delirium hatte er keine intimen Beziehungen mehr zu seiner Frau. Die wenigen Verbindungen, die der nie besonders kontaktfreudige Patient - er war lediglich früher für einige Zeit Mitglied eines Gesangvereins - besaß, lösten sich, die Familie wurde umorientiert in Richtung des wohlhabenden Schwiegersohnes nach der Heirat der Tochter.

Bis zu einem kleinen Unfall (1960) arbeitete J. regelmäßig, verfiel dann körperlich aber auffällig. Mit akutem Delirium tremens wurde er in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus verlegt und verstarb dort.

August W.; KG Nr. 1856/15.

Der sehr strenge Vater - vom Patienten schlichtweg als "Sauhund" bezeichnet - war in einer Mühle beschäftigt und betrieb nebenbei eine eigene kleine Landwirtschaft. So mußten die 11 Kinder schon sehr früh zu Hause schwer arbeiten und hatten kaum Zeit, ihre Schularbeiten zu erledigen. Es war nicht verwunderlich, daß W., obwohl er ein sehr guter Volksschüler war, als Zweitältester der vielköpfigen Familie auf die gewünschte Lehre als Müller verzichten und als Hilfskraft in der Mühle und der eigenen Landwirtschaft arbeiten mußte.

Im ersten Weltkrieg wurde er, zweimal verwundet, in die Heimat verlegt. Nach der Entlassung verrichtete er verschiedenartige Hilfsarbeiten und kam 1936 als Transportarbeiter in eine Speditionsfirma, wo er dann später als Waagemeister eine Anstellung bis zur Invalidierung fand. W. arbeitete fleißig und regelmäßig und genoß bei seinen Kollegen als Gewerkschafts-Betriebsobmann einiges Ansehen. Dieses Mandat legte er einige Jahre vor dem Delirium nieder und der früher recht gesellige Mann - er war lange Zeit Leiter eines Sportvereins - zog sich auch sonst überall zurück. Seine Beziehungen erstarrten zu formalisierten Kontakten, falls sie sich nicht überhaupt vollständig lösten.

In diese Zeit fällt auch die Alkoholtoleranz-Senkung bei dem Patienten. Er war stets gewohnt, enorme Mengen Most zu trinken, ohne eigentlich davon berauscht zu werden. Jetzt wurde er schon nach verhältnismäßig geringen Dosen reizbar und zeitweise sogar gewalttätig. Nach vorausgehenden mehrmaligen deliranten Zuständen unbekannter Ausprägung brach 1955, nach einem Unfall, ein Delirium aus. Während des stationären Aufenthalts zeigte W. keinerlei Einsicht, willigte in eine vorgeschlagene Entziehungskur nicht ein und drängte nach Hause. W. war zu keiner Zeit abstinent und trank, in allerdings reduziertem Ausmaß, weiterhin Alkohol, um sich, wie er angab, "zu beruhigen". Bis zur Invalidierung wegen Erreichens der Altersgrenze arbeitete er weiter fleißig ohne Unregelmäßigkeiten und war anschließend noch 2 Jahre für die Stadtverwaltung tätig, indem er die Straßen-Gaslaternen eines bestimmten Gebietes zu versorgen hatte.
1928 hatte W. zum ersten Mal geheiratet und lo Jahre, bis zum Tod der Ehefrau, eine harmonische Ehe geführt.

Seine zweite Frau brachte ein dreijähriges lediges Kind mit in die Ehe; mit diesem verstand sich der Patient ebenso gut wie mit dem Sohn aus erster Ehe. Die Ehefrau war 4 Jahre zuvor an Dementia praecox erkrankt und ein Jahr vor der Eheschließung aus dieser Indikation heraus sterilisiert worden. Die Ehe verlief von Anfang an nicht sehr harmonisch, da sich der Patient nicht vom Alkohol abbringen ließ und die Ehefrau besonders sein auf das Sexuelle zentriertes Verhalten ablehnte. Um die Impotenz, die um die Zeit der Delirerkrankung zunahm - bei gesteigerter Libido und entsprechender Verrohung -, sowie das Gefühl, von seiner um 18 Jahre jüngeren Frau nicht für "voll" genommen zu werden, zu kompensieren, entwickelte der Patient die Vorstellung, anläßlich des Deliriums auf Betreiben der Ehefrau in der UNkl. "entmannt" worden zu sein; dabei spielte eine Schnittverletzung am dorsum penis, die er sich wohl vor Ausbruch der Erkrankung zugezogen hatte, eine nebelhafte Rolle. Durch die Lohnarbeit und Selbständigkeit der Ehefrau sieht er seine Autorität untergraben - daß er durch sein Verhalten sie gezwungen hatte, für einige Zeit Arbeit aufzunehmen, leugnet er vor sich selber. Andererseits erkennt die weitaus jüngere Ehefrau nicht, daß sie durch ihr Verhalten den Involutionsprozeß des Patienten noch drastischer gestaltet: Obwohl sie jetzt nicht mehr arbeitet, beide von den Ersparnissen und der Rente des W. leben, macht sie grössere Anschaffungen ohne den Ehemann zu informieren. Sie geht häufig mit einer jüngeren Nachbarin aus; beide unterhalten sich damit, den meist dysphorisch Gestimmten zum "Spinnen" zu bringen, und häufig enden die Streitereien in gegenseitigen Tätlichkeiten.

Karl G.; KG.Nr. 946/60.

1905 als Sohn eines Bäckermeisters geboren, wuchs G. in einem wohlhabenden Bürgerhause auf, in dem es ihm an nichts fehlte. Zu den Eltern und zum älteren Bruder hatte er während der ungetrübten Kindheit ein sehr gutes Verhältnis.

Nach 3 Jahren mußte er die Realschule verlassen, da er es weniger an Begabung als insbesondere an Fleiß mangeln ließ. Seine Lehrzeit als Feinmechaniker schloß er mit der Gesellenprüfung ab und begann anschließend das Studium an einer Ingenieurschule. Von der leichtlebigen Studentenzeit können angeblich 3 uneheliche Kinder ein beredtes Zeugnis ablegen. Als Verbindungsstudent, von den Eltern mit allzu reichlichen Geldmitteln ausgestattet, sprach er ausgiebig dem Alkohol zu. Schließlich bestand er dann doch die Abschlußprüfung mit mäßigem Erfolg.

Mit der Ehefrau, die er am Studienort kennengelernt hatte, nach Hause zurückgekehrt, fand er anfänglich wegen der damaligen Wirtschaftskrise keine Anstellung und lebte weiterhin vom Geld der Eltern. Von Kriegsbeginn bis zur Invalidierung arbeitete er dann als Ingenieur in ein- und derselben Firma. - Vom Militärdienst wurde er wegen eines Ulkusleidens befreit -. Bis zur dritten Magenoperation (zwei Jahre vor Ausbruch eines Deliriums) arbeitete er ziemlich regelmäßig ganztags und war, wie die Ehefrau berichtet, als tüchtige Kraft in seinem Betrieb geschätzt. Dann arbeitete er anfänglich halbtägig, blieb aber immer häufiger über einige Tage hinweg zu Hause. Nach dem überstandenen Delirium wurde er mit einer Korsakow-Psychose entlassen und vorzeitig invalidiert.

Die Ehe des Patienten war anfänglich recht harmonisch. Der Alkoholkonsum blieb nach den Exzessen während des

Studiums bis zur Nachkriegszeit reduziert, doch allerlei familiäre und berufliche Sorgen ließen ihn wieder ansteigen. Die Versuche der Ehefrau "im Guten und Bösen", G. vom Alkohol fernzuhalten, schlugen völlig fehl; er war immer häufiger berauscht und tobte, wenn die Angehörigen ihm die Schnapsflasche vorenthielten.

In dem Maße, wie der Ehemann als Familienernährer und Autoritätsperson ausfiel, gingen diese Rollen auf die Frau über ; sie arbeitete in den Jahren um das Delirium ganztags in einem Textilgeschäft als Verkäuferin. Die Tochter, zu der der Vater früher ein recht gutes Verhältnis hatte, wandte sich immer mehr von ihm ab und der Mutter zu.

Nach der Delirerkrankung und der anschließenden Invalidierung trank er über ein Jahr hinweg recht mäßig und war überhaupt "sehr friedlich". Der schon primär maß- und haltlose Mann fiel dann aber in den Abusus, der von der berufstätigen Ehefrau nicht kontrolliert werden konnte, zurück: Schon früh morgens rief er Kinder von der Straße herauf und ließ sich von ihnen eine oder mehrere Cognac-Flaschen bringen. War es bisher noch häufig zu turbulenten Familienszenen gekommen, so zogen sich die Angehörigen im letzten Lebensjahr des Patienten von diesem immer mehr zurück. Er verfiel körperlich und seelisch zunehmend und starb mit 58 Jahren am Kreislaufversagen in der Klinik.

Alois R.; KG.Nr. 710/58.

R. war ein stilles Kind und wurde von den Eltern und den beiden älteren Brüdern sehr verwöhnt.

Während 4 Jahren Progymnasium zeigte er überduchschnittliche Leistungen. Nach der Lehrzeit in einem Lebensmittelgeschäft arbeitete er als Verkäufer in einer weiteren

Firma und hatte schließlich eine Stelle als Filialleiter inne, bis er zum Arbeitsdienst eingezogen wurde. Später meldete R. sich freiwillig zur Waffen-SS. Bei Kriegsende kam er in amerikanische Gefangenschaft, wurde aber als Österreicher schon nach einem Jahr entlassen.

Nach der Währungsreform machte er sich in einer süddeutschen Stadt mit einem kleinen Lebensmittelgeschäft selbständig. Dort hatte er während des Krieges seine Frau kennengelernt und geheiratet. R. war sehr fleißig und geschäftstüchtig und baute nach einigen Jahren das schwiegerelterliche Haus zu einem größeren Einzelhandelsgeschäft um.

Während er schon von Jugend an mäßige Mengen Alkohol regelmäßig konsumiert hatte, begann er jetzt, in der Phase starker beruflicher Anspannung, vermehrt zur Flasche zu greifen. Er trank meist heimlich, doch oft mußte ihn die Ehefrau aus dem Laden schicken, weil sie wegen des betrunkenen Ehemannes um ihre Kunden fürchtete. In dem Maße, wie der Alkoholmißbrauch zunahm, ließ die berufliche Tüchtigkeit nach,und das Geschäft wurde mehr und mehr von der Frau allein getragen. Trotzdem war der Patient sehr von seiner Tüchtigkeit im "größten Obst- und Gemüsegeschäft der Stadt" überzeugt und sah bei gehobenem Selbstgefühl in den anderen nur "Idioten". Die Ehe des willensschwachen und geltungssüchtigen Patienten wurde problematisch; er erwartete von seiner Frau bemutternde und liebevolle Behandlung, diese konnte ihm aber nie etwas recht machen. Alle Überredungskünste und ernsten Vorhaltungen in bezug auf den Abusus waren zwecklos. Hin und wieder ließen nüchterne Phasen den Ehemann und Vater in einem neuen, besseren Licht erscheinen und machten den Familienangehörigen eine klare Haltung schwer. Gemeinsam fuhr z.B. die Familie jedes Jahr in Camping-Urlaub ...

Nach dem Delirium blieb R. einige Zeit nahezu alkoholfrei, verfiel aber anläßlich einer Hochzeitsfeier wieder voll dem Trunk. Er war nie richtig nüchtern und arbeitete überhaupt nichts mehr, stets davon überzeugt, er selber "schmeiße"den ganzen Laden.

Bekannte aus früheren Tagen zogen sich zurück, neue Bekanntschaften wurden nicht geschlossen. Die Tochter heiratete und zog aus dem Haus. Das Lebensmittelgeschäft wurde ganz von der Ehefrau, zusammen mit dem Sohn und mit halbtägiger Mithilfe der Tochter, geführt. Obwohl der Vater aus dem Familiengefüge desintegriert wurde und praktisch nur noch dem Alkohol lebte, ergaben sich immer wieder, z.B. anläßlich eines gemeinsam verbrachten Urlaubes, Ansätze zur Reintegration.

Nach zwei Verkehrsdelikten in betrunkenem Zustand hatte R. mit 3.2 ‰ Alkohol im Blut einen weiteren Autounfall, der einige Tage Bettlägerigkeit bedingte. Im Delirium tremens wurde er in ein Psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen.

Karl R.; KG.Nr. 1178/54/59/61.

Obwohl R. und seine ältere Schwester nach dem frühen Tod der Mutter als Stiefkinder aufwuchsen, hatten sie eine freundliche Kindheit.

Nachdem er als guter Schüler die Volksschule besucht hatte, arbeitete R. 14 Jahre als Hilfsarbeiter in einer Schuhfabrik, konnte sich aber mit seiner Ehefrau durch Fleiß, Sparsamkeit und Erbschaft - sein Vater hatte eine kleine Landwirtschaft betrieben - 28 Morgen Land erwerben. Er genoß wegen seiner Tüchtigkeit im Dorf großes Ansehen, war Mitglied in verschiedenen Vereinen und dort

teilweise im Vorstand tätig, außerdem war er Gemeinderat. Als Ortsbauernführer wurde er vom Militärdienst befreit.

"Seit eh und je" hatte er aus Sitte und Gewohnheit Alkohol getrunken, erhöhte den Konsum aber erst während des Krieges und gab als Motiv Asthmabeschwerden an. 1954 brach bei R. ein erstes Delirium aus. Er bagatellisierte damals den Abusus, versprach aber hoch und heilig, nie mehr Alkohol zu trinken. Nach der Entlassung aus der Klinik arbeitete er fleißig und regelmäßig. Ein ansehnliches "Trinkgeld" verdiente er sich mit Holzfuhren in Nebenarbeit und trank teils in Wirtschaften, teils heimlich im Hause. Die verschiedenen Vereine, in ihrer Stresstoleranz überfordert, legten ihm wohl mehr oder weniger deutlich den Austritt nahe; als Gemeinderat wurde er nicht wiedergewählt.

Das bis zum zweiten Delirium leidliche Verhältnis der Ehegatten zueinander verschlechterte sich akut nach der erneuten Entlassung. Der Patient trank weiter, arbeitete immer weniger und gab seiner Frau den Rat, selbst Geld zu verdienen, wenn sie welches brauche ... Sie erwog die Scheidung und sprach darüber mit dem Bürgermeister. Ein Jahr später, als das Verhältnis immer gespannter wurde, lief sie von zu Hause weg zu ihrer Mutter. R. holte sie jedoch wieder zurück und versprach, keinen Tropfen Alkohol mehr anzurühren - zwei weitere Delirien folgten.

In dieser Zeit verursachte er in alkoholisiertem Zustand einen Verkehrsunfall; als er, ebenfalls betrunken, erschien, um seine Strafe,die ihm in "Wochenendraten" zugebilligt worden war, abzusitzen, mußte er die Haft "am Stück" verbüßen.

Nach der Entlassung nach dem dritten Delirium (1961) arbeitete er nicht mehr, stand erst nachmittags auf und kam dann spät abends volltrunken aus der Wirtschaft nach Hause. Der früher sehr ordentliche Patient wurde unsauber, in Kleidung und Pflege immer nachlässiger. In einem Lokal bekam er wegen der Harninkontinenz Hausverbot. Schließlich verlegte er das Trinken ganz in die eigenen 4 Wände.

Die Eheleute sprachen praktisch nicht mehr miteinander. Die Frau kümmerte sich nicht mehr um den Patienten, sondern setzte ihre ganze Arbeitskraft ein, die Landwirtschaft weiter zu betreiben. Hin und wieder fand sie im Anwesen versteckte Batterien halbgeleerter Schnapsflaschen, die der Patient einfach "vergessen" hatte.

R. verfiel körperlich zusehends und verstarb 2 Jahre nach seinem letzten Aufenthalt in der UNkl. im akuten Delirium tremens.

Adolf L.: KG.Nr. 1634/60.

Der erhebliche Alkoholkonsum des Vaters hatte die Kindheit des Patienten nicht wesentlich getrübt. In äußerlich geordneten Verhältnissen wuchs er mit vier Geschwistern auf und besuchte als unterdurchschnittlicher Schüler die Volksschule. Da L. sich ohne die für die Familie zu kostspieligen Nachhilfestunden in der Realschule nicht halten konnte, begann er eine Lehre als Bäcker. Er brach diese als "zu anstrengend" ab und ging mit 17 Jahren zur Post. Dort arbeitete er sich zum Telegrafenassistenten empor und hatte große Freude an seiner Tätigkeit. 1950 wurde L. versetzt. Sein neuer Arbeitsplatz sagte ihm jedoch nicht zu. Er wurde nachlässig im Dienst, blieb öfter der Arbeit fern oder erschien betrunken. Nach mehrfachen

Ermahnungen und einer Disziplinarstrafe wurde er wegen Trunksucht mit 49 Jahren aus dem Dienst entlassen und teilinvalidiert. Die Ehefrau mußte Arbeit aufnehmen, da L. die geringe Rente vollständig in Alkoholika umsetzte.

Die leichtlebige, wenig intelligente Pfälzerin, hatte sich mit dem schwerfälligen Schwaben eigentlich stets gut vertragen, doch kam es zu häufigen Auseinandersetzungen, als der Ehemann nach der Invalidierung immer mehr dem Alkohol verfiel und reizbarer wurde; die Nachbarschaft war oft Zeuge häßlicher Szenen zwischen den Beiden.

Nachdem L. bis zum Delirium - vier Jahre nach der Invalidierung - noch regelmäßig Wirtschaften aufgesucht hatte, trank er anschließend pausenlos nur noch zu Hause. Er verlor alle äußeren Kontakte, auch zu linksorientierten Gruppen, in denen er früher stark engagiert war. Die Ehefrau, die früher ebenfalls gerne Alkohol getrunken hatte, aber den Alkoholismus des Ehemannes entschieden ablehnte, versuchte vergeblich, diesen einzudämmen. Einige Male wurde sie "mit dem Beil" bedroht, damit sie Geld für Alkoholika herausrückte. Der Sohn des Patienten, selbst Alkoholiker und sozial mehrfach aufgefallen, verübte zu dieser Zeit - angeblich aus Scham über das Verhalten des Vaters - Selbstmord.

Wegen der unhaltbaren Zustände beantragte die Ehefrau die Einweisung in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus. L. wurde im denkbar verkommensten Zustand angetroffen und zur Entziehungskur stationär aufgenommen. Nach drei Monaten legte er jedoch Berufung ein und mußte ent-

lassen werden. Er kam bereits wieder betrunken nach Hause und war von nun an im "Dauerrausch". Die Ehefrau ließ, wie sie sich ausdrückte, "den Laden einfach laufen" und kümmerte sich nicht mehr um den Patienten; dessen Tod nach einem Jahr wurde von ihr als Erlösung empfunden.

Bezeichnenderweise starb der Patient, in dessen Biographie die selbstzerstörerischen Züge der Trunksucht offen zutage traten, an einer Gasvergiftung, als er sich im berauschten Zustand am Gasherd etwas aufwärmen wollte ....

C) Analyse der Biographien.

a) Familienanamnese:

In 11 Fällen bestand schon väterlicherseits Alkoholmißbrauch. In 2 weiteren ist er sehr wahrscheinlich. Keiner der Väter der Patienten war etwa ausgesprochener "Antialkoholiker" oder "Abstinenter". Abusus mütterlicherseits kam in einem, seitens der Geschwister in 3 Fällen vor. Insgesamt kann in den Familien von 14 Patienten (41.2 %) Abusus angenommen werden; er stellte vom Milieu her einen wesentlichen Störfaktor in der Entwicklung der Patienten dar. - Daß sich in den Familienanamnesen in keinem Fall ein Delirium tremens herausstellte, stimmt nicht überein mit der Ansicht von WYSS (108), nach der Trinker in der Familie von Deliranten häufiger am Delir erkranken als der Durchschnitt der chronischen Alkoholiker.

Sonstige Besonderheiten in der Familienanamnese: Ein nicht blutsverwandter Stiefbruder eines Patienten war mehrmals, angeblich wegen Alkoholismus, in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Die Schwester eines Patienten leidet seit 5 Jahren an Anfällen, über die keine nähere Angaben gemacht werden können; sie trinkt im übrigen Alkohol in großen Mengen. Die Stiefschwester eines Patienten ist debil. Aus unbekannten Motiven verübte die Kusine eines weiteren Patienten Suizid.

SELZER (87) fand bei 18 % von 78 Alkoholikern Geisteskrankheiten in der Familienanamnese und in 33 % Alkoholismus.

b) Geburt und Geschwisterreihe:

Über Besonderheiten bei der Geburt wurde nur in einem Fall berichtet: Es handelte sich um eine "lange und schwierige" Geburt.

16 Patienten (47.1 %) stammen aus einer Familie mit 5 und mehr Kindern (in 3 Fällen zwischen 11 und 13). Aus Familien mit 4 und weniger Kindern kommen weitere 17 Patienten. Bei einem Patienten ist die Geschwisterzahl unbekannt. "Einziges Kind" war keiner.

4 Patienten waren "Erstgeborene" und 11 "Letztgeborene", wobei lediglich bei 3 Patienten über Konsequenzen aus dieser Stellung in der Geschwisterreihe im Sinne von Verwöhnung durch Eltern und ältere Geschwister berichtet wurde. - Nach BAKAN, zitiert nach de LINT (48), wächst die Aussicht, Alkoholiker zu werden, für einen Menschen mit der Zahl seiner älteren Geschwister; NAVRATIL (62) führte die größere - als statistisch wahrscheinliche - Häufigkeit des Alkoholismus bei Menschen, die zu den jüngeren unter ihren Geschwistern gehören, auf die Möglichkeit besonders starker früher Verwöhnung zurück. Dem gegenüber fand WIESER (1o2) die Behauptung, unter den Alkoholikern seien auffallend häufig "jüngste" bzw. "älteste" und Einzelkinder, nicht bestätigt.

Über das Verhältnis zu den Geschwistern während der Kindheit wurde sonst in keinem Fall etwas Auffälliges berichtet.

c) Kindheit und Familie:

Nur in 4 Fällen erinnern sich die Patienten ihrer Kindheit als gestört; die Gründe waren: Alkoholmißbrauch des Vaters, gestörte Elternehe, ein überstrenger Vater (bei sehr schlechten wirtschaftlich-finanziellen Verhältnissen im Elternhaus) und eine Mutter, die "außer sich und dem Geschäft nichts gekannt habe".

Ein weiterer Patient hob seine besonders schöne Kindheit als Jüngster bei 4 Schwestern hervor: Als Kind einer

wohlhabenden Familie hatte er alles was er wollte bekommen, wurde aber mit 10 Jahren in ein Internat gegeben und mußte von diesem Zeitpunkt an auf eigentliche Nestwärme verzichten. Über einen nächsten Patienten wurde von dessen Bruder berichtet: Er ist bei einer kinderlosen Tante aufgewachsen, die ihn sehr verwöhnte und ihm jeden Wunsch erfüllte.

Als ungestört, aber "sehr streng" sehen 5 Patienten rückblickend ihre Kindheit, insbesondere fehlte die zärtliche Zuwendung der Eltern.

Die restlichen 23 sind in geordneten häuslich-familiären Verhältnissen aufgewachsen und berichteten über eine ungetrübte Kindheit.

Ein Bild von der sozialen Struktur der Elternfamilie vermittelt die berufliche Klassifizierung der Väter:

Beruf des Vaters	Zahl der Fälle	
Landwirt	9	
"Alkoholische Berufe"	8	
Gastwirt		3
Bierbrauer		2
Küfer		2
Weingutsbesitzer		1
Handwerker	11	
selbständige Handw.		8
unselbst. Handw.		3
Ungelernte Arbeiter	2	
Unbekannt	4	
	34	

Über Besonderheiten in der frühkindlichen und in der sexuellen Entwicklung während der Pupertät, sowie über Erziehungsschwierigkeiten wurden keine Angaben gemacht.

Besondere Erkrankungen traten während der Kindheit angeblich nicht auf, doch in zwei Fällen zogen sich Patienten durch Unfälle Schädel- und Hirntraumen zu (in einem Fall persistierten subjektive Beschwerden).

Die Ehe der Eltern wurde nur in 3 Fällen als unharmonisch geschildert; ein Patient wurde deshalb bei den Großeltern aufgezogen. Ein vierter Patient konnte über das Verhältnis der Eltern zueinander während seiner Kindheit keine negativen Angaben machen, er berichtete aber, daß die Eltern "später" getrennt lebten. Die wenigen negativen Angaben und das Fehlen von Ehescheidungen lassen die Struktur der Elternehen als relativ gut erscheinen.

Ein Elternteil verstarb bei 6 Patienten, als diese 14 und weniger Jahre alt waren, doch nach dem Tode der Mutter (4 Fälle) heirateten 2 Väter nochmals während der Kindheit der Patienten; das Verhältnis zur Stiefmutter und zu den Stiefgeschwistern war ungestört. Insgesamt, also auch im späteren Alter der Patienten, heirateten 3 Väter ein zweites Mal; in einem Fall waren die Verhältnisse gestört durch primäre Differenzen zwischen Schwiegertochter und Stiefmutter. Zwischen den Stiefgeschwistern bestanden keine Störungen.

d) Schulzeit:

Die Mehrzahl der 34 Patienten besuchte ausschließlich die Volksschule (26 Patienten bzw. 76.5 %). Angeblich zeigte von dieser Gruppe kein Patient schlechte Schulleistungen oder mußte eine Klasse wiederholen; 5 Patienten zeigten überdurchschnittliche und sehr gute, 19 gute und mittelmäßige Leistungen; von 2 Patienten liegen keine diesbezüglichen Angaben vor.

Die restlichen 7 Patienten (über einen Patienten liegen keine Angaben vor), erhielten eine höhere Schulbildung: Einer legte das Abitur ab, je einer erhielt die Mittlere Reife des Gymnasiums bzw. der Mittelschule. 3 Patienten besuchten die Realschule maximal 3 Jahre, 1 Patient 4 Jahre das Progymnasium; in 2 Fällen wurden unterdurchschnittliche Leistungen als Grund für den Abbruch der höheren Schulbildung angegeben.

1 Patient studierte später an einer Höheren Technischen Lehranstalt, ein zweiter promovierte zum Dr.jur.

e) Berufsausbildung und Beruf:

Die von den Patienten ursprünglich ergriffenen Berufe lassen sich in 3 Gruppen unterteilen:

Berufsgruppen	Zahl d.Pat.	
1.)"Gelernte Berufe", davon mit Lehre u.Lehrabschl.Prüf.	28	19
2.)"Ungelernte Berufe"	3	
3.) Höhere Berufe (mit Abit.u.Hochsch.Abschl.)	1	
4.) Fachschulabsolventen	2	
	34	

Ihren ursprünglichen Berufs- oder Ausbildungswunsch konnten 5 Patienten nicht erfüllen: 2 mußten gegen ihren Wunsch die väterliche Gast- und Landwirtschaft übernehmen, und ein weiterer auf Grund der wirtschaftlichen Schwierigkeiten im Elternhaus überhaupt auf eine Berufsausbildung verzichten. Ein Patient konnte mangels Begabung keine höhere Schule besuchen, wie es sein Wunsch gewesen wäre, brach dann die anschließende Bäckerlehre als "zu anstrengend" ab und ging zur Post; ein letzter

Patient mußte auf Wunsch des Vaters Maschinenbau statt des selbstgewählten Faches (Germanistik) studieren, wechselte dann aber in die juristische Fakultät über und war nach der Promotion als freier Schriftsteller tätig, so daß sich der Kreis für ihn wieder schloß.

Lediglich 2 Patienten sind später über die Frustrationen bei der Berufswahl offensichtlich nicht hinweggekommen, "tragen es", wie sie sich ausdrückten, auch im späteren Lebensalter "ihrem Vater noch nach ..."

Die folgende Tabelle klassifiziert die von den Patienten ausgeübte berufliche Tätigkeit:

	In der vordel. Berufs-phase		Bei Ausbr. d.ersten Delirs		Nach-deli-rant		z.Zt.d. Unters.	
Ohne Tätigkeit;nicht invalid.	-		-		-		-	
Invalidiert (+ s.Anm.)	-		8		14		12	
Ungelernte und angel.Arb.:	3		3		3		2	
Hilfsarbeiter		1		2		2		1
Angel.Arb.i.d.Industrie		2		1		1		1
Angel.Arb.i.Handwerk		-		-		-		-
Handwerker u.Facharbeiter:	9		6		4		1	
Selbständig, allein		1		1		1		-
Selbst., mit Angestellten		3		2		2		-
Angestellt, leitend		-		-		-		-
Angestellt, ausführend		5		3		1		1
Angestellte:	4		2		2		-	
Leitender Angest.		1		1		-		-
Kleiner, ausführend.Ang.		3		1		2		-
Beamte:	3		2		1		-	
Einfacher Beamter		1		1		1		-
Mittlerer Beamter		2		1		-		-
Höherer Beamter		-		-		-		-
Freie akademische Berufe:	1		1		1		-	
Selbständige Ber.i.alkoh.Gew.:	6		5		5		2	
Gastwirt		5		4		4		1
Küfer		1		1		1		1
Landwirtschaftl.Berufe:	5		4		2		1	
Nebenberufl. tätig		1		1		-		-
Bauer		4		3		2		1
Fabrikant:	2		2		-		-	
Sonstige Berufe:	1		1		1		1	
Lebensm.Einzelhändler		1		1		1		1
Verstorben	-		-		1		15	
	34		34		34		34	

+ Anmerkung: 8 Patienten wurden bereits vor Ausbruch eines Deliriums invalidiert - davon 5 nach Erreichen der Altersgrenze - und zwar

.... Jahre vor dem Delir invalid.	1	2	3	6	14
Zahl der Patienten	3	2	1	1	1

Grob läßt sich das Patientengut nach der in der vordeliranten Berufsphase hauptsächlich ausgeübten Tätigkeit in 2 Gruppen einteilen: 19 Selbständige und 15 Unselbständige.

Die Vorgänge, die den Veränderungen der Befunde zum Untersuchungszeitpunkt gegenüber den der vordeliranten Berufsphase zu Grunde liegen, sind folgende:

Aus der Gruppe "Ungelernte und angelernte Arbeiter" schieden 2 Patienten aus (vorzeitige Vollinvalidierung und Tod), einer stieß durch Berufswechsel aus der Gruppe "Handwerker und Facharbeiter" hinzu. Aus dieser fielen insgesamt 8 aus, 4 durch Tod, 2 durch vorzeitige Vollinvalidierung, je einer durch Vollinvalidierung und Berufswechsel (s.o.)

Die Gruppe der Angestellten verminderte sich um 4 Patienten durch Tod (2 Fälle), vorzeitige Vollinvalidierung und Vollinvalidierung (je 1 Fall), die Gruppe der Beamten um 3 durch Tod (1 Fall) und vorzeitige Vollinvalidierung (2 Fälle).

Ein Angehöriger freier akademischer Berufe verstarb.

Aus der Gruppe der Angehörigen selbständiger Berufe im alkoholischen Gewerbe schieden 4 Patienten aus, 3 durch Tod, einer durch Vollinvalidierung, aus der Gruppe "Landwirtschaftliche Berufe" 2 durch Tod und je 1 Patient durch Vollinvalidierung und vorzeitige Vollinvalidierung.

Von den beiden früheren Fabrikanten verstarb einer kurz nach überstandenem Delirium, der andere ist altersgemäß vollinvalidiert, übt aber eine nach zweimaliger Geschäftsaufgabe übernommene Angestelltenfunktion noch aus.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung standen also noch 7 Patienten (2o.6 %) der Katamnesegruppe von 34 Patienten "im Erwerbsleben", 15 waren inzwischen verstorben und 12 Patienten wurden invalidiert. Keiner der vorzeitig Vollinvalidierten ging noch in nennenswertem Umfang einer Arbeit nach, nachdem er in den Ruhestand getreten war; dies trifft auch für die nach Erreichen der Altersgrenze Invalidierten zu, mit Ausnahme eines schon erwähnten (s.o.) und eines weiteren Patienten, der im Anschluß an die Invalidierung noch 2 Jahre für die Stadtverwaltung tätig war und die Gaslaternen eines Stadtbezirks versorgte.

Berufs- und Tätigkeitswechsel: 11 Patienten wechselten ihren Beruf oder ihre Tätigkeit, und zwar - mit Ausnahme von 2 Fällen - bereits in der Zeit vor dem Delirium. Dieser Wechsel bedeutete in 7 Fällen beruflichen Abstieg: z.B. gab ein selbständiger Schreiner lo Jahre nach dem ersten Delirium das eigene Geschäft aus angeblich gesundheitlichen Gründen auf und ließ sich in einer Metallwarenfabrik anlernen; ein gelernter Weber wurde aus dem Polizeidienst entlassen, da er wegen seines Alkoholismus dort untragbar war; ein Fabrikant aus der Textilbranche geriet zweimal in wirtschaftliche Schwierigkeiten und nahm ein Jahr nach überstandenem Delirium eine Stellung als Angestellter in der früher ihm gehörenden Firma an; ein Krankenpfleger bekam nach dem I.Weltkrieg keinen Arbeitsplatz mehr und arbeitete bis zur Invalidierung als "Kasernenwärter".

Für das berufliche Absinken ließ sich nur in einem Fall der Alkoholismus als ausschließliche Ursache bestimmen. Im übrigen fanden sich insbesondere wirtschaftliche, Verdienst- oder gesundheitliche Gründe, die den Faktor Alkoholismus wenigstens bei 4 Patienten in einem nicht näher zu bestimmenden Ausmaß implizieren.

In 3 weiteren Fällen stellt der Wechsel einen Aufstieg dar. Er vollzog sich durchweg in der Zeit vor dem Delir: z.B. konnte sich ein Patient von seiner Stellung als landwirtschaftliche Hilfskraft zum Oberaufseher bei der Bahn emporarbeiten; ein Hilfsarbeiter erwarb sich im Laufe der Jahre eine eigene Landwirtschaft.

Berufliche und Arbeitsleistung: 5 Patienten legten in ihrem Beruf die Meisterprüfung ab, die als Indikator guter beruflicher Leistung gesehen werden kann.

Änderungen in der Leistungskurve der Patienten zeigt ein Vergleich von Arbeitskraft und -leistung der Patienten in Dreijahreszeiträumen vor und nach dem ersten Delirium als subjektive Stellungnahme der Befragten, sofern objektive Daten der Biographie nicht eine entsprechende Einordnung forderten:

Arbeitsleistung	"Vordel."	"Nachdel."	
1) Ausreichende u. gute Leistg.	20	11	
2) Reduzierte Leistung	7	7	
3) "Ungenügende" Leist.,einschl. Invalid. (+ s.Anm.)	7	15	
Kurz nach dem 1. Del. verstorben		1	
Später, doch innerh. d. 3 J.-Zeitr. verstorben			4
	34	34	

+ Anmerkung: Vor Ausbruch des Deliriums waren bereits 7 Patienten dieser Gruppe (6 voll- einer teilinval.), "nachdelirant" schließlich 14 Patienten invalidiert (13 voll, einer teilinval.); 4 bzw. 8 Patienten haben innerhalb des Zeitraums auf den sich die Beurteilung bezieht, die gesetzliche Altersgrenze noch nicht erreicht. Weiterhin wurden in der "nachdeliranten" Phase noch 3 Patienten teilinvalidiert: Sie sind der Gruppe 1) (2 Fälle) und 2) (1 Fall) zugeordnet.

Die Berufe der 7 Patienten, die bereits vor dem Delirium tremens eine reduzierte Leistung aufwiesen, waren: 2 Fabrikanten, 1 leitender Angestellter, 2 Handwerker (ausführender Angestellter), 1 Lebensmitteleinzelhändler und 1 Hilfsarbeiter. 4 von den Patienten mit ungenügender Leistung in der Zeit vor dem Delirium waren vorzeitig invalidiert; sie hatten folgende Berufe: 2 Handwerker (ausführender Angestellter), 1 kleiner ausführender Angestellter und 1 mittlerer Beamter.

In der Gruppe mit reduzierter Leistung nach überstandenem Delirium finden sich 2 selbständige Handwerker (mit Angest.), 2 Gastwirte, 1 Handwerker (ausf.Angest.), 1 angelernter Arbeiter in der Industrie und 1 Hilfsarbeiter. Vorzeitige Invalidierung und ungenügende Leistung nach überstandenem Delirium betrifft 8 Patienten: 2 mittlere Beamte, einen leitenden Angestellten, 3 Handwerker (ausf. Angest.), einen kleinen ausführenden Angestellten und einen Landwirt. Die Arbeitsleistung eines nicht invalidierten Patienten (Lebensmitteleinzelh.) ist nach überstandenem Delirium ungenügend.

Innerhalb des betreffenden Zeitraums um das erste Delirium zeigen sich folgende Veränderungen (die Zahlen der Gruppen a) und c) würden sich jeweils um 2 der weiteren 4 ver-

storbenen Patienten erniedrigen, bei deren entsprechender Berücksichtigung ...):

Änderungen der Leistungskurve	Zahl d.Fälle
a) Leistungsminderung (+ s.Anm.)	13
b) Leistungsbesserung	2
c) Unverändert	18
Verstorben	1
	34

+ Anmerkung: Aus dieser Gruppe wurden 3 Patienten altersgemäß invalidiert: 1 Patient im Jahr vor dem Delirium, einer im Jahre des Delirs und einer im Jahr nach überstandenem Delirium tremens.

lo Patienten hatten mehrfach ein Delirium tremens durchgemacht; von der Gruppe mit unveränderter Leistung nach dem ersten Delirium sind dies 7 Patienten; einer war bereits vor diesem ersten Delirium invalidiert worden, bei einem weiteren fiel das zweite Delir mit der Invalidierung zusammen, einer verstarb im zweiten Delirium.

3 Patienten arbeiteten auch nach einem weiteren Delirium mit unveränderter guter Leistungsfähigkeit, ein letzter arbeitete nach dem zweiten Delirium nur noch unregelmäßig und später überhaupt nicht mehr (er machte insgesamt 3 Rezidive durch).

Bei den 3 restlichen Patienten mit Delirrezidiven fielen diese bereits in die Phase verminderter Leistungsfähigkeit.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung bietet sich folgendes Bild: Von 12 invalidierten Patienten haben 6 die gesetzliche Altersgrenze noch nicht erreicht; bei einem nicht invalidierten Patienten ist die Arbeitskraft und Leistung unge-

nügend, bei einem weiteren reduziert, und bei 5 gut oder ausreichend.

Regelmäßigkeit der Arbeit: Sieht man ab von gelegentlicher Arbeitsunfähigkeit, so läßt sich folgende Aufstellung machen über das Alter, in dem die Patienten unregelmäßig zu arbeiten begannen (für 2 Patienten - Bürgermeister und freier Schriftsteller - ist eine Einordnung nicht möglich; über einen Patienten liegen keine Angaben vor):

Alter d.Pat.,bis zu dem noch regelm.gearb.wurde	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	Rest s.o.
Zahl d. Pat.	1	2	6	3	8	3	7	1	3

In der Zeit vor dem Delirium gab es im Berufsleben von 19 Patienten keine gröberen Unregelmäßigkeiten. Bei 6 Patienten begannen diese 2 bis max. lo Jahre vor der Erkrankung. 6 weitere Patienten arbeiteten regelmäßig bis zu ihrer - bereits vor dem Delirium und in 4 Fällen vorzeitig erfolgten - Invalidierung. Mit einer Ausnahme war zunehmender Alkoholismus bei den erstgenannten 6 Patienten die ausschließliche Ursache für das Versagen; bei einem Patienten waren es mehrere, sich gegenseitig bedingende Faktoren (Geschäftsuntüchtigkeit, Zerwürfnis in Ehe und Familie und Alkoholismus).

Überhaupt noch, also auch gegebenenfalls unregelmäßig, arbeiteten im Anschluß an das Delirium 20 Patienten und zwar 1 - 7 Jahre in 14, 8 bis 11 Jahre in 6 Fällen. Für einen Patienten bedeutete das überstandene Delir Rückkehr aus der Phase unregelmäßiger Arbeit zur Regelmäßigkeit. 14 Patienten arbeiteten noch regelmäßig, und zwar 2 bis 7 Jahre in 11 Fällen, 8 bis 11 Jahre in 3 Fällen: In 6

Fällen wurde bis zum Untersuchungszeitpunkt regelmäßig gearbeitet, in 2 Fällen bis zum Tode, in 3 bis zur Invalidierung; in 3 weiteren Fällen führte der Alkoholismus zum Versagen, ohne daß eine Invalidierung erfolgt wäre.

Arbeitsunfälle: Bei 5 Patienten finden sich häufig Unfälle, vor allem Arbeitsunfälle, sowohl vor als auch nach überstandenem Delirium. In der Katamnese waren es bei einem Patienten 9 Arbeitsunfälle; ein anderer fiel immer wieder durch kleine Unfälle (Prellungen u.ä.) dem Hausarzt auf. Alkoholeinwirkung zur Zeit des Unfalls läßt sich bei wenigstens 3 Patienten als sicher annehmen. Weitere 7 Patienten verursachten insgesamt 8 Verkehrsunfälle, mit einer Ausnahme alle unter Alkoholeinwirkung. Davon entfallen auf die Zeit nach überstandenem Delirium 5 Unfälle.

Arbeitsplatzwechsel: Gesteigerte berufliche Fluktuation (1o6) zeigten in dem vor dem Delirium gelegenen Zeitraum 4 von insgesamt 15 in unselbständiger Stellung beschäftigten Patienten. Von einem Handwerker wurde z.B. berichtet, daß dieser sehr häufig die Arbeitsstelle gewechselt - er ließ sich nur ungern "befehlen und tadeln" - und die Ehefrau immer nur durch Zufälle von diesen Veränderungen erfahren habe. Ein weiterer Patient hat in den letzten 4 Arbeitsjahren, so gibt die Ehefrau an, mehrmals die Stelle gewechselt und keinen ihm zusagenden Arbeitsplatz auf längere Zeit gefunden.

In der nachdeliranten Berufsphase zeigte kein Patient erhöhte berufliche Fluktuation.

Aus der folgenden Tabelle geht hervor, wie lange die unselbständigen Patienten ihre letzte Stelle innehatten

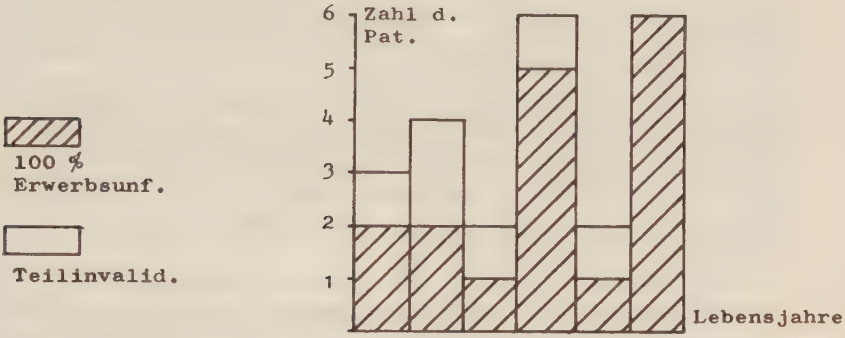
bis zum Zeitpunkt der Untersuchung bzw. der Invalidierung oder des Todes:

Jahre	0-4	5-10	11-20	21-30	31-40	ohne Ang.	
Patienten	1	4	2	4	2	2	15

Abschließend werden noch einige Patienten gesondert erwähnt, deren Berufe eine enge Beziehung zur Öffentlichkeit haben:

Der Bürgermeister einer Schwarzwaldgemeinde mußte sich nach dem Delirium in den Ruhestand versetzen lassen, da die Alkoholfolgeschäden eine vollständige Berufsunfähigkeit bedingten. Ein Polizeiobermeister wurde nach mehrmaliger Strafversetzung wegen Trunksucht aus dem Dienst entlassen. Ebenfalls in der vordeliranten Zeit wurde ein Technischer Betriebsassistent wegen Nachlässigkeit und Trunksucht im Dienst von der Post entlassen.

Invalidierung: Es werden nun die Invalidierungsverhältnisse der Patienten dargestellt; die Tabelle zeigt, in welcher Altersgruppe jeweils die Invalidierung erfolgte:



Altersgruppe, i.d.die Invalidierung erfolgte	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64	65	Ges.d. Pat.
Vorzeitige Teilinvalid.	1	2	1	1	1		6
" Vollinvalid.	2	2	1	5	1		11
Rechtzeit. Vollinvalid.						6	6
Nicht invalidiert							11
							34

Aus der folgenden Tabelle geht hervor, welcher zeitliche Zusammenhang zwischen Invalidierung und erstem Delirium tremens bestand:

Altersgruppe, in der d.Invalid. erfolgte	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64	65	Ges.d. Pat.
d.Invalidierung erfolgte vor dem 1. Delirium	2	2			1	3	8
d.Invalidierung erfolgte nach dem 1. Delirium	1	2	2	6	1	3	15
Nicht invalidiert							11
							34

Von 34 Patienten der Katamnesegruppe wurden 23 teil- und vollinvalidiert. Davon hatten bis zur Invalidierung nur 6 die gesetzliche Altersgrenze von 65 Jahren erreicht; 17 Patienten wurden vorzeitig teil- und vollinvalidiert.

Die Gründe für die vorzeitige Teilinvalidierung von 6 Patienten der Katamnesegruppe waren Alkoholsucht, Leberzirrhose und cerebraler Abbau (je 1 Fall), Unfallfolgen (2 Fälle) und Ablatio femoris nach diabetischer Gangrän (1 Fall). Vorzeitig vollinvalidiert wurden 11 Patienten der Katamnesegruppe: wegen eines Leberschadens 3 Patienten, wegen sonstiger Alkoholfolgen, wie Korsakowschem Syndrom und cerebralem Abbau 4, wegen cardialer Dekompensation, Lungen-Tbc und Unfallfolgen je 1 Patient, aus unbekannten Gründen ein letzter Patient.

Mit der vorzeitigen Vollinvalidierung von 11 Patienten schieden 32.4 % der Katamnesegruppe von 34 Patienten vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus.

Gleichzeitig mit der Invalidierung wurde ein Patient nach überstandenem Delirium entmündigt und der Bruder vom Amtsgericht als Pfleger eingesetzt; für einen weiteren Patienten wurde nach dem dritten Delirium (und 4 Jahre nach der Invalidierung) eine Pflegschaft eingerichtet.

f) Ehe:

Den Familienstand der Patienten zum Zeitpunkt der Delirerkrankung und der Untersuchung (bei verstorbenen Patienten zum Zeitpunkt des Todes) zeigt die folgende Tabelle:

	z.Zt.d. Delirs		z.Zt.d. Unters.		z.Zt.d. Todes	
Ledig	2		2		-	
Verheiratet	28		14		13	
Ehegatten zusammenlebend		26		12		11
" "getrennt" lebend		2		2		2
Geschieden	1		1		-	
Verwitwet	3		1		2	
Unbekannte Verhältnisse	-		1		-	
	34		19		15	

Die Tabelle stellt eine "Querschnittsbetrachtung" dar und sagt über die Häufigkeit von Ehescheidungen, über die an anderer Stelle berichtet wird, nichts aus.

"Getrennt lebend" wird hier im wörtlichen Sinn verstanden: Ein Patient hat seit der Nachkriegszeit keinen Kontakt mehr mit seiner Ehefrau; sie erkrankte an Schizophrenie und ist in einer norddeutschen Heilanstalt untergebracht. Ein Patient war bis zu seinem Tode, ein weiterer befindet sich in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Lediglich ein Patient trennte sich kurz vor Ausbruch des Deliriums von der Ehefrau und zog in ein Hotel; er verstarb

nach dem Delirium in einem auswärtigen Krankenhaus.

Die Mehrzahl der Patienten (82.4 %) war zur Zeit des Deliriums verheiratet, nur Minderheiten von 8.8 %, 2.9 % bzw. 5.9 % waren verwitwet, geschieden bzw. ledig. Die Zahl der 3 verwitweten Patienten vergrößerte sich postdelirant nicht; zwei von ihnen konnten in der Familie des Sohnes mit versorgt werden, nur einer war ohne ausreichende Fürsorge und Kontrolle durch Angehörige. Bemerkenswert ist, daß bei den 3 Patienten nach dem Tode der Ehefrau der Alkoholkonsum zunahm, jener eine weitere reaktive Komponente in den Alkoholismus brachte bzw. eine kontrollierende und einschränkende Instanz wegfiel.

Partnerwahl: In der Frühgeschichte der Patientenehen zeigen sich einige Besonderheiten:

3 Ehen wurden sehr jung geschlossen, zwischen 19 und 20 (Ehemann)bzw. 17 und 22 Lebensjahren (Ehefrau); in einem Fall war die Ehefrau bei der Eheschließung schwanger.

Abnorme Partnerwahl im Sinne psychischer und anderer Auffälligkeiten der Ehefrau: In zwei Fällen fand sich evident geringe Intelligenz bei primitiver psychischer Struktur. Ein Patient heiratete im Alter von 44 Jahren - im Todesjahr der ersten Ehefrau - eine um 18 Jahre Jüngere, die ein 3 Jahre altes, ledig geborenes Kind mit in die Ehe brachte und 1 Jahr vor Geburt dieses Kindes in klinischer Behandlung wegen "Dementia praecox" war. In welchem Maße eine schon weiter oben erwähnte schizophrene Ehefrau bereits zur Zeit der Eheschließung psychisch auffällig war, konnte nicht eruiert werden. Eine Ehefrau wurde vom Hausarzt als "früher sehr trinkfreudig" bezeichnet, den Alkoholismus des Mannes lehnte sie jedoch entschieden ab; auch die erste Ehefrau eines

zweimal Geschiedenen soll angeblich stark getrunken haben. 6 Ehefrauen waren älter als ihre Ehemänner, doch nur 2 bis max. 5 Jahre.

Verhältnis der Ehepartner zueinander: Vergleichend werden - in einer grob-schematischen Einteilung - die ehelichen Verhältnisse vor und nach dem Delirium (bis zum Zeitpunkt der Untersuchung oder des Todes eines Ehegatten) einander gegenübergestellt:

	vordel.	nachdel.
I Harmonisch	3	7
II Im wesentlichen harmonisch, gelegentliche Dissonanz	1o	6
III Unharmonisch:		
schwere o.häufige Auseinanders.	1o	6
gelegentl.geringf.Tätlichkeit	3	1
IV Sehr schlechte Verhältnisse, schwere Tätlichkeiten	-	4
Gesamtzahl	26	24
Unbekannte Verhältnisse	1	1
Besonderheiten (s.u.):		
kurz nach Delir stat.verstorben	-	1
Witwer	3	3
Sonstiges	2	3
	32	32

Unter "Besonderheiten" werden u.a. 6 Patienten angeführt: 3 wurden, wie schon erwähnt, bereits vordelirant Witwer, ihre damaligen Ehen wären zweimal in Gruppe II und einmal in Gruppe IV einzuordnen. Ein 4. Patient war schon vor dem Delirium in 2. Ehe geschieden; für diese wäre Gruppe III zutreffend. Ein anderer hatte vor und nach dem Delirium keinerlei Kontakt mit seiner Ehefrau, da

diese in stationärer psychiatrischer Behandlung war. Ein letzter wurde nach dem Delirium in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus überwiesen.

Berücksichtigt man dies, so können aus dem Vergleich der vor- und nachdeliranten Verhältnisse in 24 Ehen folgende Schlüsse gezogen werden: In 4 Fällen (16.6 % von 24 Ehen) wurden die Verhältnisse im Sinne vollständiger ehelicher Harmonie saniert (in einem Falle von III nach I, in 3 Fällen von II nach I). Unverändert in Gruppe I, also harmonisch, verblieben 3, unverändert in Gruppe II, also im wesentlichen harmonisch, verblieben 6, in Gruppe III, also unharmonisch verblieben 7. Die Verhältnisse in 4 Ehen verschlechterten sich im Sinne der Gruppe IV: Im Rahmen ständiger Auseinandersetzungen kommt es häufig zu schweren tätlichen Ausschreitungen zwischen den Ehepartnern; die Ehen wurden jedoch nicht geschieden.

Ordentliche eheliche Verhältnisse (I und II) bestanden nachdelirant somit in 13 Fällen (54.2 % von 24 Ehen).

Ausschließlich der Alkoholismus des Ehemannes war die Ursache der Störungen vor Ausbruch des Deliriums in 15 Ehen, maßgeblicher Faktor war er in 4 Fällen, doch spielten vermutlich noch andere Gründe, wie außereheliche Beziehungen und unmotivierte Eifersucht des Ehemannes eine Rolle. (In einem Fall war das traumatische Element nicht der exzessive Alkoholgenuß als solcher, sondern lediglich die wirtschaftlich-finanziellen Konsequenzen desselben.) Teilweise konnte die eheliche Dissonanz nicht motiviert werden (4 Fälle).

Entsprechendes gilt für die nachdeliranten Verhältnisse in 17 Ehen: Der Alkoholismus war ausschließlicher (11 Fälle) oder maßgeblicher (3 Fälle) Faktor, einmal nur

wieder in Form seiner finanziellen Auswirkungen. In 3 Fällen konnte die Störquelle nicht bestimmt werden.

Auf das Verhältnis der Ehefrauen zum Alkoholismus des Mannes soll später noch gesondert eingegangen werden.

Ein wesentliches Trauma in den Eheverhältnissen stellen die Eifersuchtsideen von 5 Alkoholikern dar; ein fest gefügter Wahn im Sinne der Eifersucht (6) fand sich jedoch bei den Patienten nicht. Sie belästigten ihre Ehefrauen mit Eifersuchtsvorstellungen ohne ausreichende Motivierung.

Bei einem Patienten war die Eifersucht charakterologische Besonderheit, in seiner Familie gehäuft auftretend.

Um die Impotenz - bei gesteigerter Libido und entsprechender Verrohung - und das Gefühl, von seiner um 18 Jahre jüngeren Frau nicht für voll genommen zu werden, zu kompensieren, entwickelte ein anderer Patient die Vorstellung, anläßlich des Deliriums auf Betreiben seiner Ehefrau in der UNkl. "kastriert" worden zu sein; dabei spielte eine Schnittverletzung am dorsum penis, die er sich wohl vor Ausbruch des Delirs zugezogen hatte, eine nebelhafte Rolle; durch die Lohnarbeit und offensichtliche Selbständigkeit der Ehefrau sieht er seine Autorität untergraben - daß er durch seinen Alkoholismus die Frau gezwungen hatte, Arbeit aufzunehmen, leugnet er konstant vor sich selbst .. Eben diese Überkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen findet sich mehrfach bei den Patienten.

Eine wesentliche Rolle in der Genese der Eifersuchtsvorstellungen spielen auch von der Ehefrau entdeckte, weit zurückliegende außereheliche Beziehungen der Patienten.

Um das "Gewissen zu erleichtern" suchen diese bei ihrer Frau die gleichen Verfehlungen: Unterhaltungen mit Arbeitskollegen, überlange Einkaufsgänge und ähnl. liefern die "Beweise". In einem Fall mag auch eine gewisse Frigidität der dominierenden Ehefrau und die Ablehnung des trinkenden Ehemannes mit zu den überwertigen Ideen geführt haben, wobei es schwierig zu entscheiden ist, ob diese Gefühlskälte eine präexistente Störung oder eine reaktive Charakteränderung auf den zunehmenden Alkoholismus des Ehemannes hin darstellt.

Außereheliche Beziehungen erstreckten sich nur bei einem Patienten über das Delirium hinweg, bei 3 Patienten waren sie Episoden während der Kriegs- und Nachkriegszeit. Ein Ehepaar warf sich gegenseitig "Seitensprünge" zu dieser Zeit vor. Über seine Schwägerin berichtete der Bruder eines Patienten, daß sie einen "sehr lockeren Lebenswandel" geführt und zu anderen Männern mannigfache Beziehungen unterhalten habe.

Außerehelich - unehelich gezeugte Kinder waren als Störungsfaktor ohne Bedeutung. Nach Angabe des Hausarztes soll ein Patient während seiner Studienzeit 3 uneheliche Kinder gezeugt haben. Eine Ehefrau brachte ein ledig geborenes 3-jähriges Kind mit in die Ehe; es wurde vom Ehemann adoptiert. Ein Patient behauptet, 1940 auf Betreiben der ersten Ehefrau wegen Trunksucht sterilisiert worden zu sein; deshalb könne er nicht der Vater eines Kindes seiner zweiten, nun von ihm geschiedenen Ehefrau sein - die Nachprüfung brachte über einen derartigen Eingriff am Patienten keinen Aufschluß.

Aussagen über Störungen im Sexualverhalten der Patienten sind nur in geringem Umfange möglich, da Angaben über die

Sexualsphäre mit großer Zurückhaltung oder überhaupt nicht gemacht wurden.

Sie traten in den vordeliranten Jahren bei einem Patienten als Ausdruck einer neurotischen Fehlhaltung auf. Libido- und Potenzverlust bereits vor Ausbruch eines Deliriums fand sich bei einem Vierundvierzigjährigen, wobei in der Genese sein Alkoholismus und die Frigidität der Ehefrau eine Rolle spielten. Impotent wurden 12, zwischen 38 und 63 Jahre alte Patienten in der Zeit nach dem Delir, bei einem war die Impotenz Teil einer totalen psychischen und physischen Depravation. 4 Patienten klagten über ein gravierendes Mißverhältnis zwischen gesteigerter Libido und erloschener Potenz und empfanden das Nachlassen dieser vitalen Funktion als deutlichen Knick in der Lebenskurve. - In den späteren Stadien des Alkoholismus nimmt die Potenz ab oder erlischt ganz, während die anfänglich sogar gesteigerte Libido meist länger erhalten bleibt (6). WYSS (1o8) weist darauf hin, daß die Keimdrüsentätigkeit beim Trinker fast immer gestört ist. - Inwiefern für einen Patienten die Rücksichtnahme auf die Unterleibsoperation seiner Ehefrau nur willkommene Ausrede ist, die angeblich gut erhaltene Libido und Potenz nicht unter Beweis stellen zu müssen, und er mit dieser altruistischen Darstellung sein Selbstbewußtsein aufrecht erhält, läßt sich nur vermuten.

Ehescheidungen und Zweitehen: Im gesamten Patientengut kommen 4 Ehescheidungen vor, davon betreffen 2 ein- und denselben Patienten. Zwischen Ehescheidung und Ausbruch eines späteren und ersten Deliriums liegt ein Zeitraum von 9 bis 15 Jahren. Die Scheidungsgründe waren: Alkoholismus (3 Fälle) und "Auseinanderleben der Ehepartner"

(1 Fall). In 3 Fällen folgte der Ehescheidung eine Wiederverheiratung innerhalb von 1 - 6 Jahren.

Die Ehefrau eines Patienten hatte wegen dessen außerehelichen Beziehungen kurz vor Ausbruch des Deliriums die Scheidung beantragt, doch verstarb der Patient 3 Tage vor der Verhandlung. Eine weitere Ehefrau beantragte nach dem 2.Delirium des Ehemannes "wegen untragbarer ehelicher Verhältnisse" die Scheidung, zog den Antrag aber wieder zurück, nachdem der Patient "Besserung" gelobt hatte - 2 weitere Delirien folgten.

Zweitehen wurden insgesamt von 4 Patienten geschlossen, 3 nach Ehescheidung und eine nach dem Tode der ersten Ehefrau.

Umstrukturierung: Es soll eingangs über das Verhältnis der Ehefrau zum Alkoholismus des Patienten berichtet werden: Einer von 22 befragten Ehefrauen war die Tatsache der Delirerkrankung des Ehemannes unbekannt; sie gab sich mit der Erklärung des Patienten, er sei "wegen der Wirbelsäule" in der UNkl. gewesen, zufrieden. Sie bagatellisierte den Abusus ebenso wie eine weitere Ehefrau, die keine tiefere Einsicht in die Erkrankung des Ehemannes besaß, sich eigentlich nur über die "Geldverschwendung" für Alkoholika beklagte und bezeichnenderweise das zweimalige Delirium auf Antibiotika-Injektionen zurückführte.

Zum Teil gestützt auf Angaben der Kinder zeigt sich, daß 25, also die Mehrzahl der Ehefrauen, versuchten, den Alkoholkonsum des Ehemannes zu reduzieren, mit gutem (3 Fälle) oder mäßigem (3 Fälle) Erfolg. Der Rest waren erfolglose Versuche, den Ehemann in seinem Trinkverhalten zu beeinflussen.

Zum Teil ist diese "Einflußnahme" mit Ausdruck einer dominierenden Rolle, die sich die Ehefrau notgedrungen mehr und mehr aneignet, um die Familie und gegebenenfalls das

Geschäft zusammenzuhalten. Das Zugreifen der energischen und vernünftigen Ehefrau kann sich auf die Lebensführung und insbesondere das alkoholische Verhalten des Trinkers durchaus günstig auswirken, wie es an mehreren Biographien deutlich wird. Andererseits kann es ihn aber noch mehr in seine Fehlhaltung drängen, bis zum endgültigen Bruch.

Bereits vor Ausbruch eines Deliriums fiel die gesamte Last des Familienunterhalts auf die Ehefrauen von 5 Patienten, welche hierzu nichts mehr beisteuerten. Dazu kommen noch 3 Patienten, die nach überstandenem Delirium Verdienst oder Rente nahezu vollständig in Alkoholika umsetzten.

Abschließend soll in einem modifizierten Zehnpunkteschema nach STRAUS und BACON (93) eine Übersicht über die familiären Bindungen der Patienten gegeben werden:

	z.Zt.d. Unters.	z.Zt.d. Todes
1) Verheiratet, m.Frau u. Kd.lebend, ziemlich harmon.	5	4
2) " m.Frau,aber ohne Kd. leb.zieml.harmon.	3	1
3) " m.Frau u.Kd.lebend ziemlich unharm.	3	3
4) " m.Frau,aber ohne Kd. leb.zieml.unharm.	1	3
5) Zerbrochene Ehe, Kinder vorhanden	1	1
6) " " , Kind.nicht vorh.	-	-
7) Witwer mit Nachkommen	1	2
8) " ohne Nachkommen	-	-
9) Ledig, enge Bindg.an Angehörige	2	-
10) Ledig, ohne Bindung	-	-
Unbekannte Verhältnisse	1	-
Besonderheiten: unvollst.Familie,da Ehefr.ständ. in Heilanstalt untergebracht	1	-
Pat.in Psych.Landeskr.,Kinder vorhanden	1	1
Gesamtzahl	19	15
	34	

g) Kinder:

Die nachstehende Tabelle zeigt die Zahl der Kinder von 32 Patienten. (die restlichen beiden Patienten der Katamnesegruppe sind ledig); sie schließt Stiefkinder ein (insgesamt 4 bei 2 Patienten). 2 Patienten wurden insgesamt noch 3 Kinder nach überstandenem Delirium geboren.

Zahl der Kinder	0	1	2	3	4	5	6	?	
Zahl der Patienten	2	5	7	7	5	3	2	1	32

41 Kinder waren noch minderjährig, als die Patienten erkrankten. Ein Teil der Minderjährigen (14 Kinder) war 14 und weniger Jahre alt und 4 hatten das 6. Lebensjahr noch nicht erreicht. Als die Patienten delirant wurden, waren 2 Ehen bereits geschieden,und 2 Kinder lebten im Haushalt der Mutter.

16 von 29 Patienten hatten sowohl in der Zeit vor als auch nach überstandenem Delir ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern.

Bei 2 Patienten traten Störungen erst nach überstandenem Delirium auf; angeblich soll ein Sohn aus Scham über die zunehmende Depravation des Vaters Suizid begangen haben.

Bei weiteren 11 Patienten trübten sich die Verhältnisse schon vor der Erkrankung. Die heranwachsenden Kinder ergriffen mehr und mehr die Partei der Mutter, machten dem Vater ernste Vorhaltungen und versuchten, sie gegebenenfalls vor den Ausschreitungen desselben zu schützen. In einzelnen Fällen kamen jedoch die Kinder über ein "Hin- und Herpendeln" zwischen beiden Eltern in der für sie neuartigen und nicht durchschaubaren Situation nicht hinaus

und behielten die ambivalente Einstellung bei. Trotz des restlosen Einsatzes für seine Söhne seit der Erkrankung der Ehefrau in früheren Jahren scheinen die Kinder eines Patienten für diesen nicht mehr viel übrig zu haben; offenbar fand er zu seinen Söhnen nicht das richtige Verhältnis und rettete sich vor ihren rüpelhaften Reaktionen auf seine Ungeschicklichkeit als Erzieher in eine infantil-hilflose, religiöse Haltung, war ihnen in seiner geistig-körperlichen Angeschlagenheit durch den Abusus keine Autorität mehr, mußte in die Auseinandersetzungen sogar den Ortspolizisten mit einbeziehen - der Ausfall der Mutter als "emotional-social specialist" konnte nicht durch den Vater als "task specialist" kompensiert werden (103).

Änderungen der Verhältnisse brachte der Tod des Vaters (1 Fall) oder Scheidung (2 Fälle).

Sozial auffällig wurden die Kinder von 3 Patienten.

1 Sohn ist auf dem besten Weg, asozial zu werden. Ein anderer wurde wegen Diebstahls bereits straffällig, ließ seine Frau mit 2 Kindern sitzen und verübte später Suizid. Einem weiteren drohte das Gesundheitsamt mehrfach mit Schließung des Bäckereibetriebs wegen völlig verwahrloster, unhygienischer Zustände. Schon einige Jahre lebt ein anderer mit "Braut" und unehelichem Kind im Hause des Vaters und geht nur unregelmäßig der Arbeit als Bauhilfsarbeiter nach.

Außer in den genannten Fällen ergaben sich keine Hinweise auf Auffälligkeiten (im Sinne sozialer Anpassungsschwierigkeiten der Kinder) wegen der ungünstigen häuslich-familiären Umwelt.

4 Söhne (von 3 Patienten) traten in bezug auf den Alkoholismus in die Fußstapfen des Vaters, während angeblich die beiden Söhne eines weiteren Patienten ausgesprochene Antialkoholiker sind.

Besondere Erkrankungen finden sich unter den Kindern der Patienten nicht.

In der Mehrzahl der Fälle besuchten die Kinder lediglich die Volksschule. Höhere Schulbildung (Abitur in 2 Fällen) erhielten nur 7 Kinder von insgesamt 4 Patienten. In bezug auf die schulische Leistungsfähigkeit und auf das Einfügen in die Schulgemeinschaft waren die Kinder unauffällig.

h) Sonstiger sozialer Bereich:

Entsprechend dem Einzugsgebiet der UNkl. kommen 18 Patienten (52.9 %) aus ländlicher und die restlichen 16 Patienten aus städtischer Umgebung, davon 3 direkt aus Tübingen und 6 aus dem benachbarten Reutlingen. Das Einzugsgebiet bezüglich der Katamnesegruppe grenzt sich etwa durch die Orte Urach, Calmbach, Sulz und Balingen ab.

Wohnsitzstabilität: Bezogen auf den Tag der Untersuchung oder des Todes hatten alle Patienten in den letzten beiden Jahren ihren Wohnsitz am selben Ort. Bei einem Patienten (Witwer) ist eine gewisse Wohnsitzinstabilität in der Zeit um das Delirium anzunehmen; er war, ohne Information der Angehörigen, zeitweise "einfach verschwunden", ließ sich trotz seines Alters von 68 Jahren für einige Zeit als landwirtschaftlicher Hilfsarbeiter anstellen und ging anschließend für 1 1/2 Jahre in ein Altersheim. Im übrigen war die Wohnsitzstabilität der Katamnesegruppe - mit ein Indikator relativer sozialer

Stabilität (93) - bemerkenswert.

SELZER (87) hatte bei 80 Alkoholikerkatamnesen in 56 % der Fälle keinen oder nur ein- bis zweimaligen Ortswechsel nach der Entlassung festgestellt; lo % hatten 3 bis 5 Mal und 34 % hatten häufig den Wohnsitz gewechselt. In bezug auf die Seßhaftigkeit fand WIESER (lo6) bei einer Alkoholikergruppe in der Katamnese keine wesentlichen Unterschiede zu den übrigen Einwohnern.

Wohnverhältnisse: Die Tabelle zeigt die Wohnverhältnisse der Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten:

	z.Zt.d. 1. Del.	z.Zt.d. Unters.	z.Zt.d. Todes
Wohnsitz in eigenem Haus od. Wohnung	24	14	9
In Miete	8	2	3
Bei Freunden od.Verwandten untergebracht	-	-	1
Im Hotel	1	-	-
Im Altersheim	-	-	-
In Heilanstalt od. Krankenh.	-	2	2
Keine Angaben	1	1	-
	34	19	15

Der überwiegende Teil der Patienten wohnte vor bzw. nach überstandenem Delirium im eigenen Haus oder war zum mindesten Wohnungseigentümer (70.6 % bzw. 67.6 %). Ein Patient zog kurze Zeit vor dem Delirium in ein Hotel, nachdem die Ehefrau die Scheidung eingereicht hatte, und verstarb anschließend in einem auswärtigen Krankenhaus. Nur 1 Patient ging, wie schon erwähnt, angeblich ohne Wissen der Angehörigen für einige Zeit in ein Altersheim,

war anschließend teils beim Enkelsohn, teils bei der Tochter untergebracht.

Verhalten in Sekundärgruppen: Über das Verhalten der Patienten in sozialen Substrukturen, z.B. gegenüber Bekannten und Arbeitskameraden, in Vereinen und Verbänden, wurden trotz gezielter Fragen nur sehr lückenhafte Angaben gemacht. So konnte insbesondere der Zeitpunkt von Veränderungen im Verhalten zur Umwelt nicht genau fixiert werden.

In der Anamnese zeigen sich 9 Patienten schon primär als ungesellig, mißtrauisch, leicht kränkbar oder kontaktarm. Als "soziale Mangelwesen" hatten sie Schwierigkeiten in der Bildung insbesonders differenzierterer sozialer Substrukturen. Ein unreif wirkender Patient mit unaufgelöster infantiler Mutterbindung war zeitlebens unfähig, in ausreichendem Maße zwischenmenschliche Beziehungen anzuknüpfen; er hauste nach dem Tod der Mutter zusammen mit dem Vater in einem frauenlosen, verfallenden Bauernhaus auf der Schwäbischen Alb und verfiel immer mehr dem Alkohol. Für einen anderen war insbesondere die Kontaktnahme zum anderen Geschlecht gestört; er lebt im Haushalt der Schwester und wird von dieser versorgt. Keinerlei Umweltbindung außer zu einer "Clique" von Saufkumpanen weist die Biographie eines ungeselligen Handwerkers auf; das Trinkkollektiv diente ihm als Fiktion eines sozialen Kollektivs (72) zur Kompensation sozialer Minderwertigkeitsgefühle.

Es wird nun versucht, die Umweltsbeziehungen der Patienten und die Veränderungen in einem Schema zu erfassen:

		vordel.	nachdel.
I	a) Gesellig, feste freundsch. Bindungen als differenzierte und verbindl.pers.Kontakte	4	2
	b) Gesellig und kontaktfreud., doch anscheinend ohne festere Bindungen	9	6
II	a) Umweltverhältnis unauffällig, doch nicht bes.kontaktfreud.- mehr formalisierte Kontakte	10	8
	b) Ausgesproch.kontaktarm oder praktisch kontaktlos	5 -	4 8
III	a) Gelegentl.Differenzen,im übr. durchaus kontaktfreudig	2	2
	b) Störungen, aggressive Spannungen zur Umwelt	2	2
	Ungenügende Angaben	2	2
		34	34

Das Schwinden praktisch jeglichen Kontaktes mit der Umwelt nach überstandenem Delirium charakterisiert 8 Patienten. Die Gründe dafür sind schwerer cerebraler Abbau infolge des Abusus, der z.B. einen Patienten teilnahmslos tagaus, tagein in einer Ecke der Gaststube des Sohnes sitzen läßt, zunehmende psychisch-physische Depravation, die z.T. noch von der Ehefrau gebremst werden kann und die Unterbringung in Krankenhäusern und Heilanstalten.

Bei insgesamt 2 Patienten ergaben sich nach überstandenem Delirium Änderungen der Umweltsbeziehungen im Sinne der Formalisierung und damit des Verlusts fester freundschaftlicher Kontakte (von Ia nach IIa) bzw. im Sinne zunehmender Kontaktarmut im Rahmen beginnender psychisch-physischer Depravation (von Ib nach IIb).

Nur 3 Patienten sind zur Zeit noch Mitglieder in dörflichen Vereinen wie Musik- und Gesangverein. Einer davon hat mehrere Vereinsämter inne. Die Vereinsmitgliedschaft von insgesamt 17 Patienten erlosch in 10 Fällen bereits vor Ausbruch eines Deliriums, teils weil die entsprechenden Vereine aufgelöst wurden (2 Fälle), teils "bedingt durch Kriegswirren" (1 Fall); in 7 Fällen muß der Alkoholismus wenigstens als Teilursache des Austritts angenommen werden. Bei den restlichen 7 Patienten erstreckte sich die Mitgliedschaft über die Zeit der Erkrankung hinweg, wurde durch den Tod der Patienten (2 Fälle) oder durch Vereinsauflösung (1 Fall) beendet. Ein offensichtlicher Zusammenhang mit dem Delirium, zunehmendem Alkoholismus und sozialem Absinken zeigte sich bei einem Patienten: 1954, 1959, 1961 und 1963 machte er jeweils ein Delirium durch; bis 1955 war er Mitglied und "Funktionär" im Turn-, Schützen- und Musikverein, Vorstand des Viehversicherungsvereins und Gemeinderat ...
(In der Zeit vor dem 1. Weltkrieg war ein anderer Patient Kirchengemeinde- und Gemeinderat seines Heimatdorfes, bis er begann, Stück für Stück seines bäuerlichen Anwesens in Alkoholika umzusetzen.)

Straffälligkeit: 7 Patienten wurden wegen 10 Verkehrsdelikten (6 nach überstandenem Delirium) straffällig. Bei einem Delikt war Alkoholeinwirkung wahrscheinlich, bei allen anderen erwiesen. In 8 Fällen hatten die Patienten einen Verkehrsunfall verschuldet, während zweimal eine Anzeige wegen unkorrekten Fahrens und Trunkenheit am Steuer erhoben wurde.

Teilweise wurde über einen zeitweiligen Führerscheinentzug berichtet (6 Fälle); Freiheitsstrafen wurden

nur in 2 Fällen verhängt, im übrigen Geldstrafen. Ein Strafverfahren wegen "Verkehrsunfall in betrunkenem Zustand" war zur Zeit der Untersuchung anhängig.

Wegen anderer Delikte mußten sich 4 weitere Patienten (in einem Fall nach überstandenem Delirium) verantworten. Wegen Wilderei, zu der ihn Zechgenossen verführt hatten, wurde ein Patient zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Mehrmals mußte die Ortspolizei gegen einen andern Patienten wegen Tätlichkeiten der Familie gegenüber eingreifen. Weitere Delikte waren: Ruhestörung (ein Fall) und Trunkenheit und Verfehlungen im Amt (ein Verfahren vor dem Bundes-Disziplinargericht); wegen Raufhändel mußte sich ein Patient "verantworten", wurde aber frei gesprochen.

Insgesamt wurden 11 Patienten kriminell auffällig (32.4 %).

Diskussion.

(Es werden einige besondere Probleme herausgegriffen und diskutiert. Soweit Fragen, insbesondere in Teil A, bereits im Zusammenhang besprochen wurden, werden sie hier nicht weiter erörtert.).

Klassifizierung in bezug auf Ausbildung und Beruf: Der größte Teil der Patienten hat eine ordentliche Lehre mit der Abschlußprüfung beendet oder eine entsprechende Ausbildung während des beruflichen Werdeganges im Eisenbahn- und Postdienst oder in der Landwirtschaft erfahren (82,4 %). Vergleichsweise selten fanden sich einerseits Ungelernte und andererseits Absolventen Höherer Technischer Lehranstalten und Hochschulen (jeweils 8.8 %), wobei in bezug auf die letzteren wohl eine gewisse ungünstige soziale Auslese des Klinikmaterials eine Rolle spielen mag.

Die angelernten und ungelernten Arbeiter sind bei weitem nicht in dem Maße, wie von verschiedenen Autoren konstatiert wurde, vertreten. NAVRATIL (64) fand 32 % ungelernte Arbeiter unter 500 männlichen chronischen Alkoholikern. v.KEYSERLINGK (38) berichtete, daß die Gruppe der Hilfs- und ungelernten Arbeiter mit mehr als 1/3 in seinem Untersuchungsmaterial überwog; er wies darauf hin, daß bei der in der Literatur meist vertretenen Ansicht, der Alkoholismus sei unter den ungelernten und angelernten Arbeitern am stärksten verbreitet, leider zu sehr von der offenen Fürsorge ausgegangen wird, von der die wirtschaftlich-sozial besser gestellten Kreise weitaus weniger betroffen werden. HOFF (29) sprach von einer allmählichen Verschiebung vom Hilfs- zum Facharbeiter unter den dem Alkohol Verfallenden seit der Zeit vor dem 2. Weltkrieg.

STRAUS (93) fand in einer großen Alkoholikergruppe nur 17 % ungelernte Arbeiter gegenüber 2/3 Angehörigen von Berufen vom Facharbeiter an aufwärts. Auch bei den von WIESER (1o6) mitgeteilten Befunden bei chronischen Alkoholikern überwogen eindeutig die Berufe mit einer Lehre. Für unsere Patienten ergaben sich folgende prozentualen Anteile an den verschiedenen Berufsgruppen in der Reihenfolge der Häufigkeit: Handwerker (z.T. selbständig) und Facharbeiter (26.5 %), im alkoholischen Gewerbe Tätige (17.6 %), Angehörige landwirtschaftlicher Berufe (14.7 %), ungelernte und angelernte Arbeiter in der Industrie (8.8%); weniger häufig waren Angestellte, Beamte und sonstige Berufe (32.4 %). Zum Vergleich die Verhältnisse, die BÜHRER (8) in seinem Delirantenmaterial fand: 30 % selbständige und unselbständige Handwerker, 22 % Gastwirte, 21 % Landwirte, 21 % Arbeiter und 6 % Angehörige sonstiger Berufe.

Auffällig ist der hohe Anteil des Brauerei- und Gaststättengewerbes als Ausdruck besonders großer Gefährdung in diesem Berufszweig. SCHEID (77), WEITBRECHT (1oo), WIESER (1o6) und v.KEYSERLINGK (38) wiesen auf das hohe Kontingent dieser Berufe hin. Verführung und leichter Zugang bedeuten eine ständige Gefahr, doch halten sich die Patienten oft recht lange und ziemlich unauffällig bis zum plötzlichen Zusammenbruch mit einer Alkoholpsychose (38).

Alkoholiker als Arbeitskraft: Von einer Leistungsminderung vor dem Delirium, die zugestanden wurde oder objektivierbar war (vorzeitige Invalidierung), waren insbesondere Patienten betroffen, die in einem Arbeitsverhältnis mit fest umrissenen Anforderungen standen, oder von denen - als Fabrikanten - Initiative und voller Einsatz gefordert

wurde. Nicht abgelesen werden konnte ein Leistungsabfall vor dem Delirium bei Patienten, die in der Landwirtschaft, die eher Kompensationsmöglichkeiten von außen ermöglicht und nicht ständig mit einem festen Leistungsmaßstab konfrontiert, tätig waren oder hinter der Theke standen als Angehörige des alkoholischen Gewerbes.

Besonders für die landwirtschaftlichen Berufe kann dies auch in der nachdeliranten Phase noch gelten, wenn auch hier der Leistungsabfall eher quer durch die Berufsgruppen geht. In etwa der Hälfte der Fälle (52.9 % von 34 Patienten) verlief die Leistungskurve - bezogen auf die Zeit vor und nach dem Delirium - ohne Knick; in weniger als 1/3 der Fälle (29.4 % von 34 Patienten) fiel sie ab, ohne daß die Altersgrenze der Invalidierung erreicht worden wäre.

Ein großer Teil der Patienten ging bis zum Delirium der Arbeit regelmäßig nach; nach überstandenem Delirium waren dies immerhin noch 14 der insgesamt 20 überhaupt noch, ob regelmäßig oder unregelmäßig, arbeitenden Patienten.

Die Katamnesen eines Teils der 34 Patienten (35.3 %) gaben Hinweise auf gehäufte, zum Teil alkoholbedingte Arbeitsunfälle und Verkehrsunfälle unter Alkoholeinwirkung. Berücksichtigt man noch eine schwer abschätzbare Dunkelziffer, so spiegelt sich hier deutlich die fördernde Rolle des Alkoholismus für das Unfallgeschehen: "Alkohol bedeutet Sandstreuen in die Körpermaschine" (41).-HOFF (27) wies darauf hin, daß bei mehr als 30 % aller Unfälle der Alkohol beteiligt ist; SARIOLA (76) fand Unfälle unter den alkoholkranken Arbeitern rund dreimal so häufig wie unter den anderen.

Bemerkenswert ist die geringe Fluktuationsziffer in der vor- und nachdeliranten Berufsphase. - WIESER (106) fand bei Alkoholikern eine erhöhte berufliche Fluktuation und Instabilität; auch FEUERLEIN (16) bemerkte eine Häufung des Arbeitsplatzwechsels. Vielleicht sollte allerdings eine gewisse Motilität als positiver Wert gegenüber einem Festhalten oder Festkleben an ein- und demselben Arbeitsplatz gesehen werden (98).

Der seltene Stellenwechsel und die unauffälligen Beschäftigungsverhältnisse vor und nach überstandenem Delirium tremens: fast alle nicht invalidierten Patienten in festem Arbeitsverhältnis als Nichtselbständige oder mit ausreichendem Arbeitseinsatz als Selbständige, zeigen die Fähigkeit vieler Alkoholiker, ihre Arbeit trotz fortgeschrittenem Alkoholismus regelmäßig weiterzuführen, - evtl. mit gerade der Effektivität, die eben noch zum Erhalt des Arbeitsplatzes ausreicht. BLEULER (6) verglich das Verhalten der Trinker mit dem guter Philister, da sie nur im gewöhnlichen Trott weiterzuleben, nichts Neues zu lernen und sich nicht besonders anzustrengen haben ...

Ein "landsmannschaftliches" Moment scheint aber wesentlich mitbestimmend zu sein für das der Katamnesegruppe eigentümliche Verhalten, nämlich für die auffallend geringe berufliche Fluktuation und die hohe, letztere zum Teil mitbedingende Wohnsitzstabilität, wobei der überwiegende Teil der Patienten im eigenen Haus lebte oder zum mindesten Wohnungseigentümer war. Dies Verhalten ist mit ein Ausdruck einer den Menschen im schwäbischen Lebensraum eigenen Stabilität.

Ein überraschend großer Teil (32.4 %) der gesamten Katamnesegruppe) schied vorzeitig vollständig aus dem Erwerbsleben durch vorzeitige Vollinvalidierung aus. (STEMPLINGER (91) fand unter 1 000 Alkoholkranken im Salzburger Land

nur 12 % vorzeitige Invaliden). Dabei war ein Teil der Patienten 50 Jahre oder jünger, so daß viele Jahre produktiven Schaffens verloren gingen. Berücksichtigt man vorzeitig voll- und teilinvalidierte Patienten, so ergibt sich der hohe Prozentsatz von 50 %, ein Befund, der nicht zuletzt auch volkswirtschaftlich von beträchtlicher Bedeutung ist. Meist war der Invalidierungsgrund direkt oder wenigstens indirekt durch den Alkoholismus bedingt.

Familienstand: Zur Zeit des Deliriums waren die meisten Patienten (82.4 %) verheiratet, nur 2 ledig. Auch die Tatsache, daß, als die Katamnese erhoben wurde, von 19 Patienten 14 verheiratet waren - neben 2 Ledigen, 1 Geschiedenen, 1 Verwitweten und 1 Patienten mit unbekannten Verhältnissen - spricht für ein beträchtliches Ausmaß sozialer Integration in diesem Bereich. STRAUS und BACON (93) fanden unter ihrem Alkoholikermaterial über 50 % verheiratet und mit der Ehefrau lebend; WIESER (1o6) berichtete über den Familienstand in einer Alkoholikergruppe bei der Aufnahme: 2/3 waren verheiratet, 1/5 getrennt oder geschieden und der Rest ledig.

LINDINGER (47) begründete die andersartigen Verhältnisse bei 100 Alkoholikern einer Heilanstalt (38 % ledig, 14 % geschieden, 6 % verwitwet und nur 42 % verheiratet) mit dem Unvermögen des Trinkers, dauernde Bindungen einzugehen oder an diesen festzuhalten. Aus unserem Beobachtungsmaterial waren nur 2 Patienten ledig. Auch fanden wir im Gegensatz zu dem Autor, der über 14 % Geschiedene berichtete, nur einen geschiedenen Patienten. Man stößt in der Literatur häufig auf die Feststellung, daß der Anteil der Geschiedenen unter den Alkoholikern höher liegt als beim Durchschnitt der Bevölkerung (47), (110); z.B. werden

Männer in der Schweiz viermal so häufig wegen Trunkenheit geschieden oder leben getrennt als der Bevölkerungsdurchschnitt (91); etwa 1/3 der Alkoholiker hat mehr als einmal geheiratet (32); 19 % von 500 Alkoholikern waren ein- oder mehrmals geschieden (46).

Soziale Integration und Desintegration: Weitaus weniger als im allgemeinen von der Literatur nahegelegt oder überhaupt nicht läßt die Katamnesegruppe "Leitsymptome sozialer Depravation" erkennen, wie häufigen Arbeitsplatzwechsel, berufliches Absinken zum Hilfsarbeiter, Strafen wegen Rauschdelikten (74) oder gar "soziale Giftpflanzen": liederlicher Lebenswandel, Arbeitsscheu, Bettel, Vagantität, Schuldenmachen und Unterschlagungen zur Deckung der Schulden, Fälschungen und Betrügereien (110); auch Scheidung und Trennung als verhältnismäßig grobe und finale Erscheinungen der Desintegration (106) finden sich sehr selten.

Während sich aus den Daten des beruflichen Bereichs bei vielen Patienten während ihres Erwerbslebens noch eine relativ gute soziale Integration ablesen läßt, zeigt sich die Mikrosymptomatik psychosozialer Anpassungsstörungen (74) am ehesten im Bereich der Familie, insbesondere in der ehelichen Situation: Von 26 Patientenehen waren vordelirant nur die Hälfte harmonisch oder im wesentlichen harmonisch mit gelegentlichen Dissonanzen; nach überstandenem Delirium bestanden bei 24 Patientenehen in etwas mehr als der Hälfte der Fälle ordentliche eheliche Verhältnisse, doch hatten sich in 4 Fällen die Verhältnisse so zugespitzt, daß es im Rahmen ständiger Auseinandersetzungen häufig zu schweren tätlichen Ausschreitungen zwischen den Ehepartnern kam.

Kriminalität als eine Form sozialer Desintegration fand sich bei 32.4 % der Katamnese-Patienten. WIESER (106)

stellte diesen Indikator sozialer Fehlanpassung bei 37 % seiner katamnestisch untersuchten chronischen Alkoholiker fest; die spätkriminellen Alkoholiker wurden insbesondere wegen Eigentumsdelikten - die bei uns nur einmal in Form des Wild-Diebstahls vorkamen -, fahrlässiger Körperverletzung und Verkehrsgefährdung mit und ohne Trunkenheit auffällig. MENDE (54) weist darauf hin, daß kriminelle Entgleisungen unter Alkoholeinfluß ganz erheblich zugenommen haben, insbesondere sind die Trunkenheitsdelikte im Straßenverkehr sprunghaft angestiegen. In unserem Material waren Verkehrsdelikte der häufigste Grund für die Straffälligkeit: 7 Patienten mit 10 Verkehrsdelikten, davon 6 nach überstandenem Delirium.

Gruppenprozeß: Es soll nun auf den bereits in der Einleitung hingewiesenen Familien- und Gruppenprozeß in Anlehnung an JACKSON (32) und WIESER (1o3), (1o6) eingegangen werden.

Am Anfang stehen Strukturänderungen in der kleinsten sozialen Einheit, der Familie, mit ihren engen wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Kranken und seiner Krankheit und den gesunden Familienmitgliedern, und hier ist in erster Linie wieder die Partnerschaft der Eltern betroffen. Der Alkoholismus des Ehemannes und Vaters stellt die Familie vor ein neuartiges Problem, für das keine adäquanten Verhaltensmuster zur Hand sind. Statt dessen wird es nach dem Prinzip von "trial and error" angegangen: Die Ehefrauen der meisten Patienten versuchten "auf jede Art", "im Guten und Bösen", "mit Bitten und mit Drohen", den Alkoholismus zu reduzieren, doch meist waren es erfolglose Versuche, den Mann in seinem Trinkverhalten zu beeinflussen. Besonders die Kinder stehen hilfslos einem für sie nicht einfühlbaren, fremdartigen

Sachverhalt gegenüber: Das Kind gleicht einem Versuchstier in ständig sich verändernder Umgebung, und die Unerträglichkeit dieser Situation könnte gemildert werden, wenn der Alkoholismus ihm von einem Elternteil, der ihn als Krankheit erfaßt hat, plausibel gemacht wird (32). Nicht selten persistiert die unklare Haltung der Kinder. Sie kommen über ein Hin- und Herpendeln zwischen den beiden Eltern nicht hinaus.

Wenn sich die gesunden Familienmitglieder über das Ausmaß der Störung orientiert haben, und emotionale Kompensationsmechanismen, die eine Verdrängung der Problematik im Sinne des "Nebeneinanderherlebens" ermöglichen könnten, versagen, setzen desintegrative Strömungen ein; doch auch jetzt noch wird nach Möglichkeit die Situation in der Familie gegenüber der Umwelt getarnt. Der Alkoholiker versagt auf den Teilgebieten des Familienunterhalts, der Erziehung, versagt als Ehemann und als Repräsentant der Familie nach außen; schließlich kommt es zum Autoritätsverlust auf der ganzen Linie. Die wirtschaftliche Krise zwingt die Ehefrau zu eigener Lohnarbeit oder zur Übernahme der Geschäftsführung, Rolle und Rang als Erziehungsperson gehen auf sie über, sie wird zur dominierenden Figur in der Familie. Gelegentlich zeigen sich Fluchttendenzen der Ehefrau wie Scheidungsdrohung oder Rückkehr zur Mutter, die nur selten in Scheidung münden. So fanden wir lediglich 4 Ehescheidungen, wobei 2 ein- und denselben Patienten betreffen. Es zeigt sich hier ein hohes Ausmaß an Gruppenkohärenz und nicht zuletzt eine Anhänglichkeit, die die Ehefrau an der Seite des Alkoholikers, wenn auch evtl. in Resignation, ausharren läßt. Auch der Alkoholiker selbst kann das Feld räumen, in dem die gespannten Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern bereits in einem Scheidungsantrag der Ehefrau kumulieren.

Der Strukturwandel macht vor dem weiteren sozialen Umfeld der Patienten nicht halt, wobei insbesondere subtilere Formen menschlicher Interaktionen am ehesten anfällig sind. Freundschaftliche Beziehungen erkalten und niveauvolle Bekanntschaftsverhältnisse sinken auf die Stufe kühler, oberflächlicher Kontakte. Streitigkeiten mit Nachbarn und Arbeitskollegen häufen sich, und schließlich ergibt sich eine mehr oder weniger vollständige Isolation des Kranken, wenn nicht neue Partner, Saufkumpane und andere sozial Desintegrierte die Lücke füllen. Auch in dem etwas anonymeren Rahmen der Vereine, deren Stresstoleranz durch die Trinksitten teilweise sehr weit gespannt ist, kann sich der Alkoholiker auf die Dauer oft nicht halten; in Ehrenämter wird er nicht wieder gewählt, der Austritt wird ihm mehr oder weniger deutlich nahegelegt, und man kommt so oft seiner eigenen desintegrativen Tendenz entgegen.

Der Familienprozeß kann in der "Anomie" steckenbleiben und das Familiengefüge vollständig auseinanderbröckeln; die Kinder, gerade mündig geworden, ergreifen die Verheiratung als Möglichkeit zur Flucht. Oft kommen aber im Strukturwandel heilende Kräfte zum Tragen, die ein neues stabiles Gleichgewicht herstellen können; die neu geschaffene Rollenverteilung und Rangordnung wird konsolidiert.

Die "Defektheilung" darf aber stets nur status quo sein. Die Ehefrau muß bereit sein, jederzeit ihre sekundär dominierende Rolle aufzugeben. Auch die Orientierung im weiteren sozialen Umfeld muß so modifiziert werden, daß einer Reintegration des gegebenenfalls Gebesserten nichts im Wege steht. Vorher schon sollte dem Kranken stets das Gefühl vermittelt werden, daß er nicht für immer aus der

Familie "verstoßen" wurde, daß er jederzeit wieder die Rolle und den Rang einnehmen kann, die er verdient.

STROTZKA (98) fordert die Berücksichtigung des sozialen Feldes in der multifaktoriellen Kausalität der psychischen Krankheit und die aktive Beeinflussung der Umgebung in Hinsicht auf die Wiedereingliederung; der Kranke darf nicht gesehen und behandelt werden, als existiere er in einem luftleeren Raum, und den Angehörigen dürfen nicht nur Daten für die Anamnese abgefordert werden, um sie im übrigen aber mit ihren Fragen und Ängsten eigentlich nur als Belästigung und Störung des psychiatrischen Betriebs zu sehen. Auch JACKSON (32) spricht von einer Hilfe für den Alkoholiker und dessen Familie; sie sieht hierfür im "alcoholic anonymous" einen günstigen Rahmen. Auch professionelle Helfer in Beratungsstellen sollten sich der "Lebensprobleme" im eigentlichen Sinn des Alkoholikers und seiner Familie in ihren fürsorgerischen und therapeutischen Aspekten annehmen.

Zusammenfassung

Die vorliegende katamnestische Untersuchung befaßt sich mit 34 Patienten, die im Zeitraum vom 1. 1. 1955 bis 31.12.1960 wegen eines Delirium tremens ein- oder mehrmals in die Universitäts-Nervenklinik Tübingen aufgenommen wurden; zwischen Entlassung und Nachuntersuchung liegen zumindest 5 1/2 Jahre und maximal 11 Jahre. Die wichtigste Informationsquelle ist jeweils ein mehrstündiges Interview mit dem früheren Patienten in dessen häuslicher Umgebung und mit Familienangehörigen.

Mit ein Hauptanliegen ist, die Beziehungen zwischen Alkoholismus, Biographie und sozialem Umfeld der Patienten zu untersuchen, insbesondere die sozialen Befunde, das Ausmaß sozialer Integration oder Desintegration nach überstandenem Delirium tremens aufzuzeigen. Weiterhin werden Ergebnisse aus der Katamnese mitgeteilt, die über diese engere Fragestellung hinausgehen, insbesondere im ersten Teil der Arbeit, der sich mit den Charakteristiken der Gruppe bezüglich des Delirium tremens und des chronischen Alkoholmißbrauchs befaßt:

Das Delirium erwies sich als Erkrankung vor allem des mittleren Lebensalters: Ein Hauptmaximum zeigt die Altersverteilungskurve der erstmaligen Delirien zwischen dem 46. und 55. Lebensjahr, ein zweiter Gipfel liegt zwischen dem 61. und 65. Lebensjahr. In 61.8 % der Fälle bestand der Alkoholkonsum schon mehr als 20 Jahre; mindestens 73.5 % der Patienten begannen vor Erreichen des 25. Lebensjahres regelmäßig Alkohol zu konsumieren. 62 % der Gesamtzahl von 50 Delirien (Ersterkrankungen und Rezidive) waren provoziert durch körperliche Er-

krankungen als Gelegenheitsursachen und Abstinenz, keines trat ausschließlich nach plötzlichem Entzug des Alkohols auf; 38 % waren Kontinuitätsdelirien. 40 Fälle wurden in der UNkl. behandelt; der stationäre Aufenthalt dauerte zwischen 1 und 115 Tagen. Bei insgesamt 12 Patienten wurden zu irgend einem Zeitpunkt Entziehungskuren durchgeführt. Lediglich 3 Patienten blieben im Anschluß an eine Kur abstinent (2 dieser Entziehungskuren wurden nach überstandenem Delirium und ohne Zusammenhang mit diesem absolviert). 24 von 34 Patienten waren völlig rezidivfrei im Sinne voll ausgeprägter Delirien, wobei 60 % der Rezidiv-Patienten zur Zeit der Ersterkrankung jünger als 46 Jahre waren; rezidivfrei im Sinne voll ausgeprägter Delirien, Prädelirien und "deliranter Zustände" unbekannter Ausprägung waren 19 Patienten.

In den Anamnesen von 6 Patienten fanden sich Schädel- und Hirntraumen; in 2 Fällen stand das Trauma im Zusammenhang mit dem Delirausbruch. Eine Magen-Darm-Anamnese mit Ulcera ventriculi und duodeni liegt bei 20.6 % der Patienten vor, ein weiterer Patient wurde nach einer Kriegsverwundung darmreseziert. 82.4 % tranken primär aus Sitte und Gewohnheit; sekundär spielten bei der Hälfte dieser Patienten Reaktionen auf Schicksalsschläge und Störungen in Beruf und Familie eine Rolle. Berufliche Belastung in bezug auf den Alkoholismus bestand bei 16 Patienten (Alkohol-, Bau- und Schmiedegewerbe und Landwirtschaft); über Alkoholmißbrauch seitens der Eltern wird in 11 Fällen berichtet. Während in der vordeliranten Phase als Getränke Most und Wein bevorzugt wurden, waren dies nachdelirant vornehmlich Bier und Wein. Die Tendenz zum "häuslichen" Alkoholkonsum zeigte sich sowohl vor als auch nach überstandenem Delirium.

Ein trinkfreies Intervall nach einem in der UNkl. überstandenen ersten Delirium lag bei 35.3 % der Patienten. vor; meist dauerte es eine bis mehrere Wochen an, erstreckte sich jedoch in 5 Fällen über den beachtlichen Zeitraum von 1 - 3 Jahren. Die Dauer dieser Intervalle zeigt, daß eine Nachbeobachungszeit von weniger als 3 Jahren zu kurz ist, um ein Bild über die weitere Prognose zu gewinnen. Das Intervall kann als Anhalt dafür gewertet werden, daß der Alkoholiker durch das erlebte Delirium Antriebe zur Abstinenz erfahren kann oder aber häufig lediglich als Ausdruck der "Rekonvaleszenz" nach überstandener Erkrankung.

Nach dem ersten in der UNkl. überstandenen Delirium tremens wurden 24 von 34 Patienten rückfällig, während 2 abstinent blieben, 4 - teilweise nach einem trinkfreien Intervall - nur noch mäßig tranken und weitere 4 Patienten aus äußeren Gründen, wie stationäre Unterbringung in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, ohne Alkoholkonsum waren. Als besonders rückfallgefährdet erwiesen sich Angehörige von Alkoholberufen; auch die besonders im bäuerlichen Bereich zu findende Überzeugung, daß die Arbeit mit entsprechend hohem Alkoholkonsum einhergehen müsse, ist ein weiterer wesentlicher Faktor.

In Bezug auf ihr Trinkverhalten zum Zeitpunkt der Untersuchung bzw. des Todes sind 14.7 % (5 von 34 Patienten) als gebessert im Sinne der Abstinenz zu bezeichnen. Weitere 26.5 % (9 von 34 Patienten) haben ihren Alkoholkonsum erheblich reduziert (mäßiger und sehr mäßiger Konsum); dabei handelt es sich zum Teil um eine Änderung des Trinkstils aus vordergründigen Ursachen wie z.B. körperliche Komplikationen des Alkoholmißbrauchs. Gründe für die Abstinenz waren insbesondere Entziehungskuren und

ebenfalls Beeindruckung durch körperliche Komplikationen. Teilweise (6 von 34 Patienten) wurde der Ausbruch eines Deliriums als "Warnung" aufgefaßt; der Alkoholkonsum wurde wesentlich reduziert, 1 Patient blieb nach überstandenem Delirium und Entziehungskur abstinent. - An 15 Patienten ging die Erkrankung auf die Dauer gesehen nahezu wirkungslos vorüber, lediglich von einem evtl. trinkfreien Intervall kann auf eine gewisse Beeindruckung geschlossen werden; 4 sahen im Delir eine "Schwere Erkrankung", nahmen im übrigen jedoch eine indifferente Haltung ein.

Bei den oben angeführten Daten zum Trinkverhalten - zum Zeitpunkt der Untersuchung bzw. desTodes - muß berücksichtigt werden, daß es sich nicht um eine repräsentative Auswahl von Patienten handelt. Die Daten sind erfahrungsgemäß mit großer Zurückhaltung zu bewerten, und können nicht als fixe Werte für den Erfolg oder Mißerfolg therapeutischen Bemühens angesehen werden. Zum Teil sind in der Katamnesegruppe Patienten enthalten, die interkurrent Mißbrauch betrieben haben und schließlich"innerlich ausgebrannt" sind. Zum Teil sind es vordergründige Ursachen, die den Konsum reduzierten, ohne daß man von einem geistigen Wandel, von einem Wandel in der Einstellung zum Alkohol sprechen könnte.

Als Alkoholfolgeschäden fanden wir katamnestisch am häufigsten eine Schädigung des Leberparenchyms (52.9 %). Zeitweise erkrankten 8.8 % an alkoholischer Polyneuritis, und in 7 Fällen bildete sich ein organisches Psychosyndrom (BLEULER). Bei einem Patienten entwickelte sich eine schwere Alkoholepilepsie.

Die 15 bereits verstorbenen Patienten erreichten ein durchschnittliches Alter von 57.9 Jahren; sie lebten

nach dem ersten Delirium noch maximal 9, durchschnittlich 3.9 Jahre. 8 Patienten starben unmittelbar an den Folgen des Alkoholmißbrauchs (5 an Leberzirrhose, 3 im Delirium tremens).

Welcher Art waren die Konstellationen im sozialen Bereich und wie entwickelten sie sich im Verlauf der Katamnese?

Nach der in der vordeliranten Berufsphase hauptsächlich ausgeübten Tätigkeit lassen sich die Patienten in 2 Gruppen einteilen: 19 Selbständige und 15 Unselbständige. Das Hauptkontingent bilden Handwerker und Facharbeiter, im alkoholischen Gewerbe Tätige (1) und Angehörige landwirtschaftlicher Berufe. Die meisten Patienten haben eine ordentliche Lehre mit der Abschlußprüfung beendet oder eine entsprechende Ausbildung erfahren, 5 legten in ihrem Beruf die Meisterprüfung ab. Die geringe Zahl ungelernter Arbeiter liegt wohl mit begründet in der relativ hohen Arbeitsintensität der Bevölkerung des die Katamnese betreffenden Einzugsgebiets.

Zu einem Berufs- oder Tätigkeitswechsel kam es in 11 Fällen, bemerkenswerterweise nur in 2 Fällen in der Zeit nach überstandenem Delirium. Er ist bei 3 Patienten als Aufstieg zu werten. Für 7 Patienten bedeutete er berufliches Absinken; ausschließliche Ursache war der Alkoholismus in einem Fall, in wenigstens 4 Fällen implizieren wirtschaftliche, Verdienst- oder gesundheitliche Gründe diesen Faktor.

Die Kurve der Arbeitsleistung, bezogen auf Dreijahreszeiträume vor und nach dem Delirium, verläuft in etwa der Hälfte der Fälle ohne Knick; in weniger als einem Drittel fällt sie ab, ohne daß die Altersgrenze der Invalidierung

erreicht wäre. Von einer Leistungsminderung vor dem Delirium, die zugestanden wurde oder objektivierbar war (vorzeitige Invalidierung), waren insbesondere Patienten betroffen, die in einem Arbeitsverhältnis mit fest umrissenen Anforderungen standen, oder von denen z.B. als Fabrikanten Initiative und voller Arbeitseinsatz gefordert wurde. Weniger waren es Patienten, die in der Landwirtschaft arbeiteten - die eher Kompensationsmöglichkeiten von außen bietet und nicht ständig mit einem festen Leistungsmaßstab konfrontiert - oder im alkoholischen Gewerbe tätig waren. Dies kann auch in der nachdeliranten Phase für die landwirtschaftlichen Berufe noch gelten, wenn auch hier der Leistungsabfall eher quer durch die Berufsgruppen geht.

Falls die Arbeit nach überstandenem Delirium überhaupt noch aufgenommen wird, zeigt sich eine ziemliche Stabilität: 14 von 20 nach überstandenem Delirium noch arbeitende Patienten gingen ihr regelmäßig nach, obwohl die meisten nicht trinkfrei waren. Für eine relativ gute Stabilität spricht auch die erstaunlich geringe berufliche Fluktuation in der vor- und insbesondere nachdeliranten Phase. Der seltene Arbeitsplatzwechsel und die unauffälligen Beschäftigungsverhältnisse vor und nach überstandenem Delirium: fast alle nicht invalidierten Patienten in festem Arbeitsverhältnis als Nichtselbständige oder mit ausreichendem Arbeitseinsatz als Selbständige, zeigen die Fähigkeit vieler Alkoholiker, ihre Arbeit trotz fortgeschrittenem Alkoholismus weiterzuführen, evtl. mit gerade der Effektivität, die eben noch zum Erhalt des Arbeitsplatzes ausreicht.

Andererseits schied ein überraschend großer Teil (32.4 %) vorzeitig und vollständig durch Vollinvalidierung aus dem Erwerbsleben aus; der Anteil erhöht sich auf 50 %, wenn

man vorzeitig voll- und teilinvalidierte Patienten berücksichtigt, wobei der Invalidierungsgrund meist direkt oder wenigstens indirekt durch den chronischen Alkoholmißbrauch bedingt war und 7 von 17 Patienten erst 50 Jahre oder jünger waren, als die Invalidität einsetzte. - Zum Zeitpunkt der Untersuchung standen noch 20.6 % der Patienten "im Erwerbsleben", mit einer Ausnahme alle in festem Arbeitsverhältnis bzw. ausreichendem Arbeitseinsatz; die restlichen sind verstorben (15 Pat.) oder invalidiert (12 Pat.).

Für eine soziale Integration im familiären Bereich spricht die Tatsache, daß bei Ausbruch des Deliriums 82.4 % verheiratet waren und zur Zeit der Untersuchung von 19 immer noch 14 Patienten (neben 2 Ledigen, einem Geschiedenen, einem Verwitweten und einem Patienten mit unbekannten ehelichen Verhältnissen). Die Gruppenkohärenz und nicht zuletzt die Anhänglichkeit der Ehefrauen äußert sich in der geringen Scheidungsziffer von insgesamt 4 Ehescheidungen, wovon 2 ein- und denselben Patienten betreffen; auch in 4 Fällen, in denen sich nachdelirant denkbar schlechte eheliche Verhältnisse herangebildet haben, harren die Ehefrauen an der Seite der Trinker aus, wenn auch evtl. in Resignation.

Die Mikrosymptomatik psychosozialer Anpassungsstörungen zeigt sich besonders im Bereich der Familie und hier vor allem in der ehelichen Situation. Der Anteil der Ehen mit harmonischen oder wenigstens im wesentlichen harmonischen Verhältnissen konnte auch nachdelirant nur unwesentlich erhöht werden: nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle bestehen ordentliche Verhältnisse; meist war der Alkoholismus des Ehemannes ausschließlicher oder maßgeblicher Störfaktor.

Die Mehrzahl der Ehefrauen versuchte, den Ehemann in seinem Trinkverhalten zu beeinflussen, meist jedoch ohne Erfolg. Zum Teil ist diese "Einflußnahme" mit Ausdruck einer dominierenden Rolle, die sich die Ehefrau notgedrungen mehr und mehr zueignet um Familie und gegebenenfalls Geschäft "zusammenzuhalten". Dies geschieht im Rahmen eines tiefgreifenden Strukturwandels, der sich insbesondere innerhalb der Familie abspielt. Der Alkoholiker wird mehr und mehr aus dem Gefüge desintegriert, in dem Maße, als er als Ehemann, als Familienernährer und als Repräsentant nach außen versagt.

Der Prozeß macht jedoch vor dem weiteren sozialen Umfeld des Patienten nicht halt. Hier imponiert neben gelegentlichen groben Makrosymptomen - 7 Patienten wurden wegen 10 Verkehrsdelikten (6 davon nach überstandenem Delirium) straffällig, wegen anderer Delikte mußten sich 4 weitere Patienten verantworten - insbesondere das allmähliche Schwinden des Kontakts mit der Umwelt. Das Endstadium kann die mehr oder weniger vollständige Isolation des Kranken sein, wenn nicht Saufkumpane und andere sozial Desintegrierte in die Lücke treten und ihm die Fiktion eines sozialen Kollektivs erhalten. Nur wenige Patienten sind zur Zeit noch Mitglieder größerer Gruppen, wie z.B. dörflicher Vereine, obwohl deren Stresstoleranz, oft weit gespannt durch die Trinksitten, viel später überfordert wird, als dies bei subtileren Formen menschlicher Interaktionen der Fall ist.

Gerade in dieser fortschreitenden Isolation liegen wesentliche Ansatzpunkte sozialtherapeutischen Bemühens: Es ist notwendig, den schwindenden oder geschwundenen Kontakt zur Umwelt wieder herzustellen. Einmal muß die

Familie selbst, und hier insbesondere die Ehefrau, aktiv beeinflußt werden in Hinsicht auf die Wiedereingliederung: Sie muß jederzeit bereit sein, die im Sinne der "Defektheilung" vorgenommene Rollenverteilung und neu gebildete Rangordnung aufzugeben; der Kranke darf nie das Gefühl haben, daß er für immer aus der Familie "verstoßen" oder "aufgegeben" wurde. Dies kann nicht nur Aufgabe von Fürsorgeinstanzen oder noch zu schaffenden speziellen Beratungsstellen sein, der Anfang muß im Rahmen des Klinikaufenthalts des Kranken gemacht werden. Zum andern müssen im Umfeld des Patienten (Verwandtschaft und Nachbarschaft, Bekanntenkreis und Vereine) gezielte Aktivitäten geweckt werden, die der Desintegration entgegensteuern. Es sollte hier auch auf bereits bestehende "Abstinenzgruppen" (Blaukreuz u.a.) - die in der vorliegenden Katamnese nicht hervortraten - zurückgegriffen, deren Arbeit koordiniert und der Patient auf sie aufmerksam gemacht werden. Rehabilitationsarbeit könnte ebenfalls über Gruppen, die sich im Rahmen einer stationären Behandlung bilden, ambulant geleistet werden. Die Bereitschaft eines Patienten, sich derartigen Gruppen anzuschließen, wäre ein wesentlicher Faktor für eine gute Prognose.

Die Fortschritte scheinen nicht so sehr im medizinisch-klinischen Bereich zu liegen als auf der Seite der sozialpsychiatrischen (Weiter-) Behandlung. Dies sollte vor allem auf die Verhinderung von Krisen ausgerichtet sein, die nach der Entlassung nahezu mit Sicherheit zu erwarten sind, wenn nicht rechtzeitig vor der Rückkehr des Alkoholkranken in das häusliche Milieu eine "Sanierung des Empfangsraums" vorgenommen wird, wie dies SCHULTE (85) ausgedrückt hat. Dazu gehört insbesondere, daß die

Ehefrau und die übrigen Angehörigen auf die Wiedereingliederung des Patienten vorbereitet werden und ihn als Kranken sehen lernen; die Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den Angehörigen darf sich nicht auf die Anamnese beschränken. Ferner müssen Arbeitgeber und Arbeitskollegen aufgeklärt werden, damit die Leistungsanforderung am Arbeitsplatz der Leistungsfähigkeit des Patienten angepaßt und die Gefährdung durch die Trinksitten auf ein Minimum reduziert werden kann.

Literaturverzeichnis

1. Bacon,S.D.: Sociology and the problems of alcohol. Quart.J.Stud.Alcohol 4, 399 (1943).
2. Bacon,S.D.: Inebriety,social integration and marriage. Quart.J.Stud.Alcohol 5, 86; 303 (1944).
3. Battegay,R.: Neuere Aspekte der Genese u. Behandlung des Alkoholismus. Praxis 55, 185 (1966).
4. Benner, P., H.Hoff, K.Kryspin-Exner: Zur Psychopathologie der Sucht. Wien.med.Wschr.113, 759 (1963).
5. Biniek,E.M.: Zum Problem des Entziehungsdelirs bei Trinkern. Tübingen,Med.Fak.,Diss.1964.
6. Bleuler,E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961.
7. Bonhoeffer,K.: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena: Fischer 1901.
8. Bührer,O.A.: Über 204 Fälle von Delirium tremens. Münch.med.Wschr.106, 1016 (1964).
9. Bumke,O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1948.
10. Burkhardt,H.: Das Suchtproblem. Fortschr.Neurol. Psychiat.22, 473 (1954).
11. Cowen,J.: A six-year follow-up of a series of committed alcoholics. Quart.J.Stud. Alcohol 15, 413 (1951).
12. Davies,D.L., M.Shepherd, E.Myers: The two-years prognosis of 50 alcohol addicts after treatment in hospital. Quart.J.Stud.Alcohol 17, 485 (1956).
13. Drobnes,S.: Zur Frage des Entziehungsdelirs. Nervenarzt 9, 358 (1936).
14. Exner,F.: Kriminologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1949.
15. Feuerlein,W.: Zur Prognose des Alkoholdelirs. Nervenarzt 30, 38 (1959).

16. Feuerlein,W.: Sozialpsychiatrische Aspekte und Probleme bei Alkoholikern. Münch.med.Wschr. 107, 2482 (1965).

17. Gabriel,E.: Die Nachkommenschaft von Alkoholikern. Arch.Psychiat.Nervenkr.102, 506 (1934).

18. Gabriel,E.: Über die Todesursache bei Alkoholikern. Ges.Neurol.Psychiat.153, 385 (1935).

19. v.Gebsattel,V.E.: Prolegomena einer Anthropologie der Sucht. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1954.

20. Gerard,D.L., G.Saenger: Interval between intake and follow-up as a factor in the evaluation of patients with a drinking problem. Quart.J.Stud. Alcohol 20, 620 (1959).

21. Glatzel,H.: Die psychischen und sozialen Wurzeln der Ulcuskrankheit. Med.Welt (Stuttg.) 1964 I, 1305.

22. Habernoll,A.: Das Problem des Alkoholismus. Schriftenreihe aus d.Gebiet d.öffentl.Gesundheitswesens 3. Stuttgart: Thieme 1956.

23. Häfner,H., D.v.Zerssen: Soziale Rehabilitation, ein integrierender Bestandteil psychiatrischer Therapie. Nervenarzt 35, 242 (1964).

24. Helbig,H.: Das tödliche Alkoholdelir. Nervenarzt 33, 221 (1962).

25. Heuyer,G., R.Mises, J.F.Dereux: La descendance des alcooliques. Presse méd. 1957, 657.

26. Hoch,P.: Social Psychiatry. In: Psychiatrie der Gegenwart,Bd.3. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960, S.9.

27. Hoff,H.: Der akute und der chronische Alkoholismus. Med.Klin. 49,2, 1425; 1461 (1954).

28. Hoff,H.: Lehrbuch der Psychiatrie, Bd.1. Basel-Stuttgart: Schwabe 1956.

29. Hoff,H.: Trinkerfürsorge und -entwöhnung. Mkurse ärztl.Fortbild. 1958, 211.

30. Hollmann,W., H.Jordt, E.Strauss: Beispiele zur sozialen Anamnese. Med.Klinik 55, 2280 (1960).

31. Jackson,J.K.: The adjustment of the family to the crises of alcoholism. Quart.J.Stud. Alcohol 15, 563 (1954).

32. Jackson,J.K.: Alcoholism and the family. Ann.Americ. Acad.pol.soc.Sci. 315, 90 (1958).

33. Jacobsen,E.: Alkohol als soziales Problem. In: Möller,K.O.: Rauschgifte u.Genußmittel. S.232. Basel-Stuttgart:Schwabe 1951.

34. Jacobsen,E.: Der Alkoholismus und seine Behandlung. Dtsch.med.Wschr.87, 1633 (1962).

35. Jünger,E.: Strahlungen. Tübingen:Heliopolis 1949.

36. Kalinowsky,L.B.: Entziehungskrämpfe und Entziehungspsychosen. Nervenarzt 29, 465 (1958).

37. v.Keyserlingk,H.: Alkoholismus und Alkohol-Krankenfürsorge. Wissenschaftl.Zschr.Univers. Halle 7, 235 (1958).

38. v.Keyserlingk,H.: Der Alkoholismus als soziales Problem. Samml.zwangl.Abhandl.aus d.Gebiet Psychiat.Neurol.17. Jena: Fischer 1959.

39. v.Keyserlingk,H.: Die Suizidgefährdung der Alkoholiker. Psychiat.Neurol.med.Psychol.(Lpz.) 12, 123 (1960).

40. v.Keyserlingk,H.: Soziologie, Behandlung und Rehabilitation der Alkoholiker. Psychiat.Neurol. med.Psychol.(Lpz.) 12, 176 (1960).

41. Koelsch,F.: Lehrbuch der Arbeitshygiene. S.1,157, 325. Stuttgart: Enke 1954.

42. Koester,H.: Süchtige und Delirante im Straßenverkehr. Zbl.Verkehrs.-Med.1, 320 (1956).

43. Kogan,K.L., W.E.Fordyce, J.K.Jackson: Personality disturbance in wives of alcoholics. Quart.J.Stud.Alcohol 24, 227 (1963).

44. Kranz,H.: Über das Delirium tremens. Psychiat. Neurol.med.Psychologie (Lpz.) 12, 355 (1960).

45. Langelüddeke,A.: Gerichtliche Psychiatrie. Berlin: de Gruyter 1959.

46. Lemere,F.: What happens to alcoholics. Amer.J. Psychiat.109, 674 (1953).

47. Lindinger,H.: Beobachtungen über den Verlauf der Alkoholkrankheit am Krankengut einer Heilanstalt. Münch.med.Wschr.105, 982 (1963).

48. de Lint,J.E.E.: Alcoholism,birthrank and parental deprivation. Amer.J.Psychiat.120, 1062 (1964).

49. Lipscomp,W.R.: Mortality among treated alcoholics. A three-year follow-up study. Quart. J.Stud.Alcohol 20, 596 (1959).

50. Llopis,B.: Die Eifersuchtsideen der Trinker. Fortschr.Neurol.Psychiat.30, 543 (1962).

51. Locke,B., M.Kramer: Alcoholic psychosis among first admissions to puplic mental hospitals in Ohio. Quart.J.Stud.Alcohol 21, 457 (1960).

52. Lundquist,G.: Alkoholismus als medizinisches und soziales Problem. Nervenarzt 22, 373 (1951).

53. Lustig,B.: Über die Alkoholismusprobleme in der Sowjetunion. Fortschr.Neurol.Psychiat. 28, 575 (1960).

54. Mende,W.: Soziatrische Aspekte des Genuß- u.Arzneimittelkonsums. Med.Klinik 58, 264 (1963).

55. Meyer,H.: Zur Klinik, Pathophysiologie und Therapie des Delirium tremens. Schweiz.med. Wschr. 1952, 637.

56. Mezger,E.: Kriminologie. München-Berlin: Beck 1951.

57. Mindlin,D.F.: The characteristics of alcoholics as related to prediction of therapeutic outcome. Quart.J.Stud.Alcohol 20, 604 (1959).

58. Müller,M., F.Marthaler: Medikamentöse Methoden zur Behandlung d.chron.Alkohol. Nervenarzt 20, 337 (1949).

59. Müller-Fahlbusch,H.: Epileptiforme Anfälle beim Delirium tremens. Münch.med.Wschr.107, 2473 (1965).

60. Müller-Hegemann,D.: Zur soziologischen Problematik der Suchten. Psychiat.Neurol.med.Psychol. 3, 268 (1951).

61. Murphy,M.M.: Social class differences in frustration patterns of alcoholics. Quart.J.Stud. Alcohol 17, 255 (1956).

62. Navratil,L.: Alkoholismus und Geburtennummer. Wien.klin.Wschr.68, 158 (1956).

63. Navratil,L.: Die Rolle der Ehefrau in der Pathogenese der Trunksucht. Wien.Z.Nervenheilk. 14, 90 (1957).

64. Navratil,L., R. Wenger: Magenresektion und Trunksucht. Münch. med.Wschr. 99, 546 (1957).

65. Neubert,R.: Probleme des Alkoholmißbrauchs. Z.ges.Hyg. 7, 378 (1961).

66. Norvig,J., B.Nielsen: A follow-up study of 221 alcohol addicts in Denmark. Quart.J.Stud.Alcohol 17, 633 (1956).

67. Pernstich,G.: Über Spätdelirien bei chronischem Alkoholismus. Arch.Psychiat.Nervenkr. 192, 527 (1954).

68. Pfeffer,A., S.Berger: A follow-up study of treated alcoholics. Quart.J.Stud.Alcohol 18, 624 (1957).

69. Podolsky,E.: The sociopathic alcoholic. Quart.J.Stud. Alcohol 21, 292 (1960).

70. Rado,S.: Narcotic bondage. A general theory of the dependance on narcotic drugs. Amer.J. Psychiat. 114, 165 (1957).

71. Ringel,F., H.Rotter: Zum Problem des Selbstmordversuchs im Rausch. Wien.Z.Nervenheilk.13, 4o6 (1957).

72. Rotter,H.: Die Bedeutung des alkoholischen Milieus für den Alkoholismus. Wien.med.Wschr.1o7, 236 (1957).

73. Rotter,H.: Alkoholismus als sozialmedizinisches Problem. Wien.med.Wschr.111, 478 (1961).

74. Rotter,H.: Reintegrierung, Resozialisierung und Rehabilitation des Alkoholkranken. Wien.med.Wschr.113, 69 (1963).

75. Rotter,H.: Milieutherapie und Nachsorge bei Suchtkranken. Praxis Psychother. 10, 229 (1965).

76. Sariola,S.: Social implications of alcoholism. In: Psychiatrie d.Gegenwart, Bd.2, S.251. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.

77. Scheid,W., A.Huhn: Zur Klinik und Therapie des Alkoholdelirs. Dtsch.med.Wschr.83, 2193 (1958).

78. Schneider,K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1955.

79. Scholl,D.: 45 Katamnesen bei Delirium tremens. Tübingen,Med.Fak., Diss.: im Druck.

80. Schulte,W.: Die Reaktionsweisen der gesunden Umwelt auf einzelne seelische Krankheiten. Nervenarzt 28, 509 (1957).

81. Schulte,W.: Das Alkoholdelir in seinem Sinngehalt und lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Nervenarzt 34, 193 (1963).

82. Schulte,W.: Die Sucht als psychotherapeutisches Problem. Tübingen: Mohr 1963.

83. Schulte,W.: Sucht und Mißbrauch in der Behandlung durch den praktischen Arzt. Praxis Psychother.10, 218 (1965).

84. Schulte,W.: Psychotherapeutisch-psychiatrisches Seminar. Stuttgart: Thieme 1967.

85. Schulte,W.: Die Auswirkungen der Schizophrenie auf ihre Umwelt. Nervenarzt: im Druck.

86. Schultz,J.H.: Grundsätzliches zur Suchtfrage. Z.Psychother.med.Psychol.3, 97 (1953).

87. Selzer,M.L., W.H.Holloway: A follow-up of alcoholics committed to a state hospital. Quart.J.Stud.Alcohol 18, 98 (1957).

88. Soeder,M.: Trunksucht nach Magenresektion. Nervenarzt 28, 228 (1957).

89. Solms,W.: Ursachen der Trunksucht. Wien.Z.Nervenheilk.9, 69 (1954).

90. Staehelin,J.E.: Die psychischen Symptome des chron. Alkoholismus. Bull.schweiz.Akad.med.Wiss. 16, 78 (1960).

91. Stemplinger,F.: Alkoholismus, ein soziales Problem der Gegenwart. Bayer.Ärztebl.17, 666 (1962).

92. Stolze,H.: Über Sucht und Suchtmittel. Praxis Psychother.10, 80 (1965).

93. Straus,R., S.D.Bacon: Alcoholism.and social stability. Quart.J.Stud.Alcohol 12, 231 (1951).

94. Strayer,R.: A study of the employment adjustment of 80 male alcoholics. Quart.J.Stud. Alcohol 18, 278 (1957).

95. Strotzka,H.: Sozialpsychiatrische Untersuchungen. Beiträge zu einer Soziatrie. Wien: Springer 1958, IV.

96. Strotzka,H.: Sozialpsychiatrische Überlegungen. Kölner Z.Soziol.Sozialpsychol.Beiheft 3, 151 (1958).

97. Strotzka,H.: Wesen und Bedeutung der Sozialpsychiatrie. Wien.klin.Wschr.73, 389 (1961).

98. Strotzka,H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg: Rowohlt 1965.

99. Tutzke,D.: Der Einfluß des Alkohols auf das betriebliche Unfallgeschehen. Z.ärztl. Fortbild.53, 629 (1959).

100. Weitbrecht,H.J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963.

101. Wexberg,L.E.: Ursachen und Symptome der Arzneimittelsucht und des Alkoholismus. Z.Psychother.med.Psychol.1, 227 (1951).

102. Wieser,S.: Alkoholismus 1940-1959. In: Dokumentat., Begriffe u. Definit., Stoffwechsel und Ätiologie. Fortschr.Neurol.Psychiat.30, 169 (1962).

103. Wieser,S.: Psychiache Überforderungsreaktionen. IV.Gruppenprozess unter Stress, dargestellt am Beispiel der Fam.chron. Kranker. Archiv Psychiat.Nervenkr.204, 505 (1963).

104. Wieser,S.: Alkoholismus II.: Psychiatr.u.neurol. Komplikationen. Fortschr.Neurol.Psychiat.33, 349 (1965).

105. Wieser,S.: Alkoholismus III.: Katamnesen und Prognose. Fortschr.Neurol.Psychiat.34, 565 (1966).

106. Wieser,S., E.Kunad: Katamnestische Studien beim chron. Alkohol.und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. Nervenarzt 36, 477 (1965).

107. Wunnenberg,W.: Zur Soziologie und Anthropologie der Sucht. Praxis Psychother.10, 172 (1965).

108. Wyss,R.: Klinik desAlkoholismus. In: Psychiatrie d.Gegenwart, Bd.2, S.265. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.

109. Yasargil,M.G.: Zur Pathogenese und Therapie des Delirium tremens und des pathologischen Rauschzustandes. Schweiz.Arch.Neurol. Psychiat.68, 342 (1952).

110. Zurukzoglu,S.: Die Alkoholfrage in der Schweiz II. Basel: Schwabe 1940/43.

111. Zurukzoglu,S.: Der Alkoholismus als Kulturschaden. Praxis 53, 917 (1964).

112. Zutt,J.: Zur Anthropologie der Sucht. Nervenarzt 29, 439 (1958).

Herrn Prof. Dr. med. W. S c h u l t e
danke ich für die Anregung und Förderung
dieser Arbeit.

Herrn Priv. Dozent Dr. med. W. M e n d e ,
der mir bei all den Problemen, welche die
vorliegende Arbeit mit sich brachte, je-
derzeit mit Rat und Hilfe zur Seite stand,
möchte ich ebenfalls danken.

L e b e n s l a u f

Am 20.4.1939 wurde ich, Günter Köhnlein, in Schwäb. Gmünd geboren. Mein Vater Alfred Köhnlein ist technischer Angestellter, meine Mutter Erna Köhnlein, geb. Rieth, Kontoristin.

Nach dem Besuch der Volksschule in Plüderhausen ging ich bis zum Frühjahr 1955 in das Gymnasium Schorndorf (mathematisch-naturwissenschaftlicher Zug) und verließ es mit dem Zeugnis der Mittleren Reife, um mich einer praktischen Berufsausbildung zuzuwenden.
In einer Schorndorfer Werkzeugmaschinenfabrik erlernte ich den Beruf des Maschinenschlossers, arbeitete nach der Lehre noch kurze Zeit als Facharbeiter und setzte den Gymnasialbesuch mit der 7. Klasse fort.
Die Reifeprüfung legte ich am 3.3.1962 ab.

Mit dem Sommersemester 1962 nahm ich in Tübingen das Studium der Psychologie auf. Ab dem folgenden Semester war ich in 2 Fakultäten eingeschrieben und studierte die beiden Fächer Medizin und Psychologie. Die naturwissenschaftliche Vorprüfung legte ich am 1o.1o.1963 und die ärztliche Vorprüfung am 8.4.1965 ab. Das medizinische Staatsexamen habe ich am 30.7.1968 bestanden.